



Przewodnik Klienta

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

pakiet

ja












pakiet

ja

Stawiaj na siebie, odważnie wyznaczaj cele i realizuj marzenia – **my mamy pomysł, jak zabezpieczyć Cię przed tym, czego nie możesz przewidzieć.**

Pakiet JA – jeden produkt, dzięki któremu zadbasz o to, **co dla Ciebie najważniejsze**, a z przewodnika dowiesz się, co **daje Ci Twój pakiet i jak z niego korzystać.**

Co zawiera pakiet JA	Co musisz wiedzieć	Zwróć uwagę	Jak zgłosić szkodę
 <p>Wypłacimy 50 000 zł (w wariantach podstawowym pakietu) lub nawet 100 000 zł (w wariantach rozszerzonym), jeśli poważnie zachorujesz.</p>		<p>Ubezpieczenie obejmuje 40 poważnych chorób, w tym wybrane nowotwory, udar mózgu czy zawał serca.</p>	
 <p>Wypłacimy do 30 000 zł (w wariantach podstawowym pakietu) lub do 60 000 zł (w wariantach rozszerzonym), jeśli doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.</p>	<p>Gwarantujemy, że wypłacimy świadczenie w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania potrzebnych dokumentów. Jeśli nie wywiążemy się z obietnicy, zwrócimy Ci roczną składkę.</p>	<p>_____</p>	<p>Wejdź na https://form.aviva.pl/szkody i sprawdź, jakie dokumenty będą nam potrzebne.</p> <p>Następnie wyślij nam ich skany na bok@aviva.pl.</p> <p>Jeśli masz pytania, zadzwoń od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-20:00 pod numer 22 557 44 44.</p>
 <p>Wypłacimy nawet do 100 zł za dzień pobytu w szpitalu. Wypłacimy Ci od 2 000 do 20 000 zł (w wariantach rozszerzonym) za zabiegi przeprowadzone podczas Twojego pobytu w szpitalu.</p>		<p>Twój pobyt w szpitalu musi być dłuższy niż 3 dni i krótszy niż 90 dni. Nie wypłacimy Ci świadczenia za pobyt związany z ciążą i porodem oraz rehabilitacją. oraz rehabilitacją.</p>	
 <p>Twoim bliskim wypłacimy 10 000 zł (w wariantach podstawowym pakietu) lub 50 000 zł (w wariantach rozszerzonym) w razie, gdyby Ciebie zabrakło.</p>	<p>Wypłata ta nie jest obciążona podatkiem od spadków i darowizn ani podatkiem od zysków kapitałowych.</p>	<p>_____</p>	<p>Zgłoszenia można dokonać, wysyłając nam skany potrzebnych dokumentów na bok@aviva.pl.</p>
 <p>Zobowiązujemy się do zorganizowania zagranicznej powtórnej opinii medycznej, dotyczącej Ciebie i Twoich najbliższych.</p>	<p>Twoje ubezpieczenie obejmuje także dostęp do Internetowej Platformy Informacyjnej (AskBestDoctors.com/pl), na której możesz online wypełnić i złożyć wniosek o uruchomienie usługi Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przeglądać przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych zdarzeń ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w Bibliotece Video OnLine.</p>	<p>Z usługi Best Doctors możesz skorzystać dopiero wtedy, gdy masz już diagnozę postawioną przez Twojego lekarza.</p>	<p>Skontaktuj się telefonicznie z czynnym 24h/7 Centrum Obsługi Klienta Best Doctors: 800 365 867.</p>
 <p>Pokryjemy koszt szkód osobowych i majątkowych, wyrządzonych osobie trzeciej przez Ciebie i Twoich bliskich. Zwróć uwagę, że Twoje ubezpieczenie rozszerzone jest o szkody powstałe w czasie amatorskiego uprawiania sportu.</p>	<p>Zawsze musimy mieć Twój aktualny adres zamieszkania – pamiętaj, że jeśli się przeprowadzisz (nawet do wynajmowanego mieszkania), musisz nam o tym powiedzieć.</p>	<p>Limit kosztów wynosi 30 000 zł i obejmuje jedynie szkody powstałe na terenie Polski.</p>	<p>Zadzwoń od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-20:00 pod numer 22 557 44 44. Poprowadzimy Cię przez całą drogę do odszkodowania.</p>
 <p>Zapewniamy 24h/7 dostęp do pomocy medycznej i domowej.</p>	<p>_____</p>	<p>Liczba wizyt lekarza i pielęgniarki ograniczona jest do 2 w roku. Fachowca (np. ślusarza, elektryka czy hydraulika) możesz wezwać raz w roku.</p>	<p>Zadzwoń: 22 591 95 79 lub 22 281 95 79.</p>

Czego dowiesz się z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia?



Część I >

Dowiesz się, co otrzymujesz w ramach pakietu JA, od czego zależy wysokość wypłacanych kwot, w jakich sytuacjach nie będziesz mógł skorzystać z ubezpieczenia oraz w jaki sposób odstąpić od umowy lub złożyć ewentualną reklamację.

Dodatkowo znajdziesz tu listę 40 chorób, po diagnozie których wypłacimy Ci pieniądze. Sprawdź, ile wypłacimy Ci za poszczególne schorzenia.



Część III >

Przygotowaliśmy tu dokładne informacje m.in. o tym, co wchodzi w skład ubezpieczenia „Pomoc medyczna i domowa dla mnie”.

Poznasz związane z tym korzyści, przykładowo:

- Dowiesz się, jakich fachowców zapewnimy Ci, gdy zdarzy się awaria i ile razy możesz skorzystać z ich usług.
- Zaznajomisz się z infoliniami, dzięki którym uzyskasz poradę od specjalistów.
- Przeczytasz, jakie wsparcie otrzymasz, gdy przydarzy Ci się nieszczęśliwy wypadek lub poważnie zachorujesz. Zawarliśmy tu wszelkie informacje m.in. o wizytach lekarskich, transporcie medycznym czy dostarczaniu leków do domu.
- Zorientujesz się, na jaką pomoc możesz liczyć, gdy Twoje dziecko trafi do szpitala.

Jeżeli zastanawiasz się, jak postąpić, gdy coś się wydarzy, czy obowiązują Cię limity pomocy oraz jak złożyć ewentualną reklamację, znajdziesz tu odpowiedzi także na te pytania.



Część II >

Otrzymasz tu informacje związane m.in. z tym, co zyskujesz w ramach tymczasowej umowy ubezpieczenia na życie. Dowiesz się wszystkich szczegółów dotyczących płatności, długości trwania umowy czy sumy, na którą jesteś ubezpieczony. W tej części znajdziesz też jasno określone zasady, na podstawie których wypłacimy Ci pieniądze.



Część IV >

Z tej części dowiesz się, jak uzyskać dostęp do zagranicznych konsultacji lekarskich najlepszych światowych specjalistów (Best Doctors®), poznasz korzyści z tym związane, m.in. pewność co do diagnozy i sposobu leczenia, możliwość konsultacji szerokiego zakresu schorzeń, szybki i sprawny proces. Rozwiejesz też wszelkie wątpliwości odnośnie składki ubezpieczeniowej oraz sumy, na którą jesteś ubezpieczony.

Spis treści

CZĘŚĆ I OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PAKIET JA (PJA/T/3/2016)

1. DEFINICJE >
 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA >
 3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA >
 4. OKRES UBEZPIECZENIA >
 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA >
 6. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE >
 7. ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI >
 8. ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU >
 9. ŚWIADCZENIE W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA >
 10. ŚWIADCZENIA SZPITALNE >
 11. DZIENNE ŚWIADCZENIE W RAZIE HOSPITALIZACJI >
 12. ŚWIADCZENIE W RAZIE POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO >
 13. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA >
 14. SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI >
 15. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO >
 16. UPOSAŻENI >
 17. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO >
 18. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA >
 19. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA >
 20. REKLAMACJE >
 21. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY >
 22. UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK >
 23. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ >
 24. POSTANOWIENIA KOŃCOWE >
 25. ZAŁĄCZNIKI >
- ZAŁĄCZNIK NR 1 – TABELA ŚWIADCZEŃ I SKŁADEK >
- ZAŁĄCZNIK NR 2 – TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU >
- ZAŁĄCZNIK NR 3 – TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ >
- ZAŁĄCZNIK NR 4 – WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH >

CZĘŚĆ II OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (TUU/JT/9/2018)

1. DEFINICJE >
2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA >
3. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA >
4. ZAWARCIE TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA >
5. OKRES UBEZPIECZENIA >
6. SUMY UBEZPIECZENIA >
7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA >
8. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO >
9. ROZWIĄZANIE TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA >
10. POSTANOWIENIA KOŃCOWE >

CZĘŚĆ III OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „POMOC MEDYCZNA I DOMOWA DLA MNIE” NR ASS/PJA/4/2017

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE >
2. DEFINICJE >
3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA >
4. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE SZKODY DLA ZAKRESU POMOC MEDYCZNA >
5. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE KOSZTÓW DLA ZAKRESU POMOC MEDYCZNA >
6. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU POMOC MEDYCZNA >
7. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC W DOMU >
8. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE SZKODY DLA ZAKRESU POMOC W DOMU >
9. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE KOSZTÓW DLA ZAKRESU POMOC W DOMU >
10. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU POMOC W DOMU >
11. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA I OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ >
12. PRAWA I OBOWIĄZKI >
13. SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO >
14. REGRES >
15. REKLAMACJE >
16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE >

CZĘŚĆ IV WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO WUJA/3/2017 W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH ORAZ „ZAGRANICZNEJ OPINII LEKARSKIEJ DLA MNIE I MOJEJ RODZINY”, DLA KLIENTÓW KTÓRZY PRZYSTĄPILI DO INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAMACH PAKIETU JA W STRUKTURACH SPRZEDAŻOWYCH AVIVA

1. DEFINICJE >
2. ZAKRES UBEZPIECZENIA, ZAKRES TERYTORIALNY >
3. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, OKRES UBEZPIECZENIA, SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA >
4. SUMY UBEZPIECZENIA >
5. WYŁĄCZENIA GENERALNE >
6. ROSZCZENIA REGRESOWE >
7. OŚWIADCZENIA WOLI >
8. REKLAMACJE >
9. POSTANOWIENIA DODATKOWE >
10. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY >
11. ZASTOSOWANIA PRZEPISÓW PRAWA >

KLAUZULA I ZAGRANICZNA OPINIA LEKARSKA DLA MNIE I MOJEJ RODZINY

1. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA >
2. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI >
3. ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE >

KLAUZULA II UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI W ŻYCIU PRYWATNYM NA TERENIE RP

1. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA, ZAKRES UBEZPIECZENIA >
2. SUMA GWARANCYJNA >
3. WYŁĄCZENIA SZCZEGÓŁOWE >
4. JEŚLI OSOBA TRZECIA ZGŁOSI ROSZCZENIE >

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Pakiet JA



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PAKIET JA
(PJA/T/3/2016)**

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2 § 7 ust. 1 § 8 ust. 1-2 § 9 ust. 1 § 10 § 11 ust. 1 § 12 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 7 ust. 3-4 § 9 ust. 2-8 § 11 ust. 2-5 § 12 ust. 3-11 § 13 § 14 ust. 2 § 15 ust. 7-9 i 11-13

**§ 1.
DEFINICJE**

Ilekczoć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach, składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym polisa, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo; dokument ubezpieczenia może być sporządzony w formie elektronicznej;
- 3) **działalność zarobkowa** – działalność ubezpieczonego nakierowana na osiągnięcie przychodu, wykonywana w szczególności na podstawie umowy o pracę, jakiegokolwiek innej umowy lub w ramach wolnego zawodu;
- 4) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w czasie ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem pobytu na szpitalnych oddziałach: ratunkowym, rehabilitacyjnym, dla przewlekłe chorych, medycyny paliatywnej, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień pobytu w szpitalu uznaje się każdy dzień kalendarzowy w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, jaką część dnia trwał ten pobyt, przy czym pierwszym dniem pobytu w szpitalu jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;
- 5) **miesięcznica ubezpieczenia** – dni oznaczone taką samą datą dzienną co pierwszy dzień okresu ubezpieczenia, przypadające w następnych miesiącach kalendarzowych; jeśli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesięcznica ubezpieczenia przypada w ostatnim dniu takiego miesiąca kalendarzowego;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 7) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 8) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 9) **postępowanie medyczne** – postępowanie medyczne zastosowane do określonej choroby lub urazu ubezpieczonego lub mające na celu postawienie diagnozy dotyczącej jego stanu zdrowia, które zostało przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego podczas jego hospitalizacji;
- 10) **poważne zachorowanie** – schorzenie lub stan chorobowy ubezpieczonego przewidziane w OWU, które wystąpiły w czasie ochrony ubezpieczeniowej;
- 11) **rok ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest 29 lutego, wtedy drugi i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego; ostatni rok ubezpieczenia upływa z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
- 12) **szpital** – podmiot leczniczy świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia albo podmiot leczniczy wykonujący zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznego wykonanego na rzecz ubezpie-

zonego; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest jednak ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, ani zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym w szczególności szpital uzdrowiskowy lub szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;

- 13) **śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
- 14) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 15) **trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – wszelkiego rodzaju utrwalone dolegliwości zdrowotne ubezpieczonego, zmniejszenie sprawności poszczególnych narządów lub organów ubezpieczonego, brak części organizmu oraz wszelkie zaburzenia czynności całego organizmu ubezpieczonego w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku i powstałe w terminie 12 (dwunastu) miesięcy od dnia tego nieszczęśliwego wypadku;
- 16) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 17) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której jest zawierana umowa ubezpieczenia;
- 18) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU;
- 19) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w razie śmierci ubezpieczonego oraz śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 20) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania na warunkach opisanych w OWU świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w razie śmierci ubezpieczonego oraz śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych;
- 21) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa;
- 22) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 23) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- 24) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – objęte zakresem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia: śmierć ubezpieczonego, śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie ubezpieczonego lub hospitalizacja ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych w niej przewidzianych.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące ubezpieczonego:
 - śmierć,
 - śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - poważne zachorowanie,
 - hospitalizacja.

§ 3.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas oznaczony 15 (piętnastu) lat.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli ubezpieczony w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego ma nie mniej niż 18 (osiemnaście) lat i nie więcej niż 45 (czterdzieści pięć) lat.
- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w wariantach podstawowym albo w wariantach rozszerzonym, które różnią się wysokością i zakresem ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokością składki ubezpieczeniowej.
- Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku Towarzystwa. Formularz wniosku może mieć formę pisemną albo elektroniczną. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na podstawie wniosku elektronicznego wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczającym. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy, dokonuje jego rejestracji poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności, po uprzednim upoważnieniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i - z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych - zupełny.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty, przy czym w przypadku polisy sporządzonej w formie elektronicznej dniem doręczenia polisy jest dzień jej dostarczenia na wskazany przez ubezpieczającego adres poczty elektronicznej. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający i ubezpieczony powinni złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności ubezpieczony powinien złożyć pisemne oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia i stylu życia oraz pisemnie upoważnić Towarzystwo do zasięgnięcia w innych podmiotach informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i ustaleniem prawa do świadczenia.
- W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń, zawiera zapisy zmieniające postanowienia OWU lub treść formularza wniosku ubezpieczeniowego, albo w inny sposób nie spełnia wymagań określonych w OWU.
- Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jej zawarcie ubezpieczony jest objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie: ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet TY, ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet JA, ogólnych warunków ubezpieczenia Pakiet MY, ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków lub ogólnych warunków ubezpieczenia ryzyka trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Ponadto, umowa ubezpieczenia w wariantach rozszerzonym nie może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia wniosku o jej zawarcie, ubezpieczony jest objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia świadczenia szpitalnego.

§ 4.

OKRES UBEZPIECZENIA

- Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w polisie.
- Ochrona ubezpieczeniowa w ramach zawartej umowy ubezpieczenia przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zaplaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i nie dłużej niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 5.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od wieku ubezpieczonego w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego, wariantu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki oraz roku ubezpieczenia.

- Ubezpieczający może wybrać miesięczną albo roczną częstotliwość opłacania składki.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej obowiązująca w pierwszym roku ubezpieczenia jest wskazana w polisie oraz w Tabelach Świadczeń i Składek, stanowiących załącznik do OWU.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej obowiązująca w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia jest wskazana w Tabelach Świadczeń i Składek, stanowiących załącznik do OWU, przy czym wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od roku ubezpieczenia.
- Procentowy podział składki ubezpieczeniowej pomiędzy poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe, przysługujące tytułem objęcia przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową w razie wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych przewidzianych w umowie ubezpieczenia, jest wskazany w Tabelach Świadczeń i Składek, stanowiących załącznik do OWU.
- Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę ubezpieczeniową należną w danym roku ubezpieczenia w wysokości wskazanej w Tabelach Świadczeń i Składek, stanowiących załącznik do OWU. Składkę ubezpieczeniową wskazaną powyżej ubezpieczający jest zobowiązany opłacać w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa powinna być wpłacana na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo albo w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
- Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa. W razie wpłaty składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, dniem zapłaty składki jest dzień uznania rachunku tą wpłatą.
- W razie nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowo 7 (siedmio) dniowy termin na jej zaplaceniu, licząc od otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa. Jeżeli zaległa składka nie zostanie opłacona w tym terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem tego terminu, o czym ubezpieczający jest informowany w wezwaniu Towarzystwa do zapłaty zaległej składki.
- W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający może wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej na miesięczną albo roczną.

§ 6.

ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

- Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia.
- Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, obowiązująca w pierwszym roku ubezpieczenia, jest wskazana w polisie, a także w Tabelach Świadczeń i Składek oraz w Wykazie Postępowań Medycznych, stanowiących załączniki do OWU.
- Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w razie wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, obowiązująca w drugim i kolejnych latach ubezpieczenia, jest wskazana w Tabelach Świadczeń i Składek oraz w Wykazie Postępowań Medycznych, stanowiących załączniki do OWU, przy czym wysokość sum ubezpieczenia zależy od roku ubezpieczenia.

§ 7.

ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia na życie.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego nie zostanie wypłacone w razie samobójstwa ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie 36 (trzydziestu sześciu) miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia, nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć ubezpieczonego była następstwem schorzeń lub innych stanów chorobowych ubezpieczonego rozpoznanych, leczonych lub diagnozowanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

§ 8.

ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI LUB TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie to jest równe sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie to jest równe iloczynowi sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz wysokości procentowego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, orzeczonego na podstawie Tabeli Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, stanowiącej załącznik do OWU.

§ 9.

ŚWIADCZENIE W RAZIE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnego zachorowania polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, określonego w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, które wystąpiło w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest równa 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, o ile jest to pierwsza w ramach umowy ubezpieczenia wypłata przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest równa 10 proc. (dziesięć procent) sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, o ile jest to druga albo kolejna w ramach umowy ubezpieczenia wypłata przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego jest należne, o ile poważne zachorowanie wystąpiło w innym roku ubezpieczenia niż poważne zachorowania, tytułem których zostały wcześniej wypłacone świadczenia ubezpieczeniowe w ramach umowy ubezpieczenia.
- Tytułem każdego poważnego zachorowania wskazanego w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, może zostać wypłacone tylko jedno świadczenie ubezpieczeniowe.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie wystąpiło w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem poważnych zachorowań będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie było następstwem schorzeń lub innych stanów chorobowych ubezpieczonego rozpoznanych, leczonych lub diagnozowanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli ubezpieczony zmarł w terminie 30 (trzydziestu) dni od wystąpienia tego poważnego zachorowania.

§ 10.

ŚWIADCZENIA SZPITALNE

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu hospitalizacji polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia szpitalnego, przy czym rodzaj tego świadczenia zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia, zgodnie z ust. 2 i 3.
- W umowie ubezpieczenia zawartej w wariantach podstawowym zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu hospitalizacji obejmuje dzienne świadczenie ubezpieczeniowe w razie hospitalizacji.
- W umowie ubezpieczenia zawartej w wariantach rozszerzonym zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu hospitalizacji obejmuje dzienne świadczenie ubezpieczeniowe w razie hospitalizacji oraz świadczenie ubezpieczeniowe w razie postępowania medycznego.

§ 11.

DZIENNE ŚWIADCZENIE W RAZIE HOSPITALIZACJI

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu hospitalizacji polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty dziennego świadczenia ubezpieczeniowego w razie hospitalizacji ubezpieczonego, o ile hospitalizacja ubezpieczonego trwała dłużej niż 3 (trzy) dni.
- Wysokość dziennego świadczenia ubezpieczeniowego w razie hospitalizacji jest równa iloczynowi liczby dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu w czasie ochrony ubezpieczeniowej, ale nie więcej niż 90 (dziewięćdziesiąt) dni oraz kwoty:
 - 100 (sto) złotych za każdy dzień pobytu w szpitalu od 1 (pierwszego) do 14 (czternastego) dnia,

- 60 (sześćdziesiąt) złotych za każdy dzień pobytu w szpitalu od 15 (piętnastego) do 90 (dziewięćdziesiątego) dnia.
- W razie kolejnych hospitalizacji ubezpieczonego, które rozpoczęły się w tym samym roku ubezpieczenia, wysokość dziennego świadczenia w razie hospitalizacji oblicza się na podstawie łącznej sumy dni pobytów w szpitalu w czasie ochrony ubezpieczeniowej w ramach tych wszystkich hospitalizacji, jednak nie więcej niż na podstawie 90 (dziewięćdziesiąt) dni.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty dziennego świadczenia w razie hospitalizacji ubezpieczonego, jeżeli hospitalizacja ubezpieczonego rozpoczęła się w terminie 90 (dziewięćdziesiąt) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem hospitalizacji będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty dziennego świadczenia w razie hospitalizacji ubezpieczonego, jeżeli hospitalizacja ubezpieczonego była następstwem schorzeń lub innych stanów chorobowych ubezpieczonego rozpoznanych, leczonych lub diagnozowanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

§ 12.

ŚWIADCZENIE W RAZIE POSTĘPOWANIA MEDYCZNEGO

- W umowie ubezpieczenia zawartej w wariantach rozszerzonym ochrona ubezpieczeniowa z tytułu hospitalizacji polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie przeprowadzenia na rzecz ubezpieczonego postępowania medycznego podczas jego hospitalizacji, mającej miejsce w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
- Wysokość świadczenia w razie postępowania medycznego zależy od rodzaju tego postępowania i jest wskazana w Wykazie Postępowań Medycznych, stanowiącym załącznik do OWU.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty świadczenia w razie postępowania medycznego przeprowadzonego na rzecz ubezpieczonego, jeżeli hospitalizacja ubezpieczonego rozpoczęła się w terminie 90 (dziewięćdziesiąt) dni od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z wyłączeniem hospitalizacji będących następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty świadczenia w razie postępowania medycznego przeprowadzonego na rzecz ubezpieczonego, jeżeli hospitalizacja ubezpieczonego była następstwem schorzeń lub innych stanów chorobowych rozpoznanych, leczonych lub diagnozowanych przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli podczas hospitalizacji ubezpieczonego przeprowadzono na jego rzecz więcej niż jedno postępowanie medyczne, wtedy zostanie wypłacone to świadczenie ubezpieczeniowe, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń w razie postępowania medycznego, a ponadto 75 proc. (siedemdziesiąt pięć procent) najwyższego z pozostałych świadczeń w razie postępowania medycznego.
- Łączna kwota świadczeń w razie postępowań medycznych, wypłacanych w związku ze wszystkimi postępowaniami medycznymi na rzecz ubezpieczonego, przeprowadzonymi w tym samym roku ubezpieczenia, nie może być wyższa niż limit wypłat wskazany w Wykazie Postępowań Medycznych, stanowiącym załącznik do OWU.
- Świadczenie w razie postępowania medycznego typu B, wskazanego w Wykazie Postępowań Medycznych, stanowiącym załącznik do OWU jest należne, o ile hospitalizacja ubezpieczonego związana z tym postępowaniem rozpoczęła się po upływie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- Z zastrzeżeniem ust. 9, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za postępowanie medyczne, jeżeli w okresie 5 (pięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego związana z takim samym postępowaniem medycznym, przy czym takim samym postępowaniem medycznym jest zarówno postępowanie medyczne, z tytułu którego wypłacono świadczenie, jak i każde inne postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji Wykazu Postępowań Medycznych, stanowiącym załącznik do OWU.
- W przypadku niektórych postępowań medycznych okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 8, wynosi mniej niż 5 (pięć) lat lub ze względu na specyfikę danych narządów położonych symetrycznie okres ten jest liczony odrębnie dla każdej strony ciała.
- Okresy ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 8 oraz wyjątki, o których mowa w ust. 9, zostały wskazane w Wykazie Postępowań Medycznych, stanowiącym załącznik do OWU, odrębnie dla każdej z pozycji.
- Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, o których mowa w ust. 8 i 9 nie dotyczą tych postępowań medycznych przeprowadzonych na rzecz ubezpieczonego, które przeprowadzono w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 13.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi na skutek:
 - działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek,
 - świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w akcie terroryzmu,
 - świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
- Świadczenia ubezpieczeniowe z wyjątkiem świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego nie są należne, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe lub nieszczęśliwy wypadek lub następstwa tego wypadku miały miejsce:
 - w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy lub na skutek nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
 - w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich lub w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego lub na skutek zakażenia ubezpieczonego HIV,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
 - w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego,
 - w związku z działalnością zarobkową ubezpieczonego wykonywaną w ramach któregośkolwiek z następujących zawodów lub zajęć: prace na wysokości od 15 m (piętnaście metrów) wzwyż, prace fizyczne w budownictwie, przemyśle stoczniowym lub rybołówstwie, zatrudnienie w górnictwie węglowym, naftowym lub gazownictwie, żołnierz zawodowy, funkcjonariusz służb mundurowych, marynarz (żegluga transoceaniczna, morska lub śródlądowa), nurek – o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej,
 - w związku z członkostwem ubezpieczonego w Ochotniczej Straży Pożarnej, Górskim Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym, Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym, Tatrzańskim Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym lub Wodnym Ochotniczym Pogotowiu Ratunkowym – o ile Towarzystwo nie postanowi inaczej.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie poniższych poważnych zachorowań nie zostanie wypłacone, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego rozpoznano:
 - nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku udaru mózgu,
 - chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca,
 - chorobę niedokrwienną serca – w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass).
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie wypłaty świadczeń szpitalnych, jeżeli hospitalizacja ubezpieczonego była związana z ciążą, porodem, połogiem lub leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie postępowania medycznego nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne na rzecz ubezpieczonego przeprowadzono:
 - w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków,
 - w związku z leczeniem u ubezpieczonego skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu lub w związku z chorobą ubezpieczonego, która nabrała charakteru choroby przewlekłej, wymagającej okresowego leczenia, wadą wrodzoną ubezpieczonego lub wirusowym zapaleniem wątroby,
 - w związku z celowym samookaleczeniem ciała przez ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa (nawet w stanie zniesionej lub ograniczonej poczytalności),

- w związku z klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organa administracji państwowej.

§ 14.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

- Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Obowiązki określone w zdaniach poprzedzających dotyczą zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek.
- Towarzystwo nie ponosi w całym okresie ubezpieczenia odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, z zastrzeżeniem ust. 3. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1, zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
- Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, wtedy Towarzystwo rozpatrując wniosek z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego nie może argumentować, że przy zawarciu umowy ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe.

§ 15.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, uwzględni wysokość sumy ubezpieczenia na życie obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego.
- Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględni wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego.
- Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględni wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującą w dniu nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo, ustalając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego uwzględni wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, obowiązującą w dniu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczonego, przy czym dniem wystąpienia poważnego zachorowania jest:
 - dzień zabiegu operacyjnego – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: operacja aorty, operacja mózgu, operacja tętnicy płucnej, operacja zastawek serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), usunięcie płuca (pneumonektomia),
 - dzień zakwalifikowania ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku przeszczepu narządów,
 - dzień wykonania badania histopatologicznego, wskazany w dokumencie zawierającym wynik tego badania, na podstawie którego postawiono rozpoznanie jednostki chorobowej przez lekarza specjalistę wskazanego w opisie – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: choroba Leśniowskiego-Crohna, nowotwór złośliwy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
 - dzień postawienia przez lekarza diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – w przypadkach następujących poważnych zachorowań: amputacja kończyn, rozległe oparzenie, tocznia trzewny układowy (SLE), udar mózgu, zakażenie wirusem HIV/ zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych, zawał serca,
 - ostatni dzień 6 (sześć) miesięcznego okresu trwania schorzenia – w przypadku utraty mowy,
 - dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne – w przypadku gruźlicy,
 - dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych – w przypadku ciężkiej sepsy (posocznicy) lub tęcza,
 - dzień postawienia diagnozy przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie poważnego zachorowania, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem – w przypadkach pozostałych poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, a nie wymienionych w pkt 1-7 powyżej.

- Przedłożone Towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu obiektywnego ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego Towarzystwo może wymagać, aby ubezpieczony poddał się badaniom diagnostycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa i przez wyznaczonego lekarza.
- Oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku dokonują lekarze wskazani przez Towarzystwo.
- Jeżeli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku wystąpił więcej niż jeden rodzaj trwałego uszczerbku, wówczas świadczenia ubezpieczeniowe w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku sumuje się, z tym że łącznie w związku z tym nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 100 proc. (sto procent) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- W razie utraty lub uszkodzenia narządu albo układu, których funkcje już przed nieszczęśliwym wypadkiem były dotknięte trwałym uszczerbkiem – w szczególności powstałym na skutek innego zdarzenia, choroby lub wady wrodzonej – stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się wówczas jako różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu przed tym wypadkiem. Jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte trwałym uszczerbkiem, w związku z którym Towarzystwo wypłaciło świadczenie ubezpieczeniowe, wówczas przyjmuje się, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stanowi różnicę pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku na zdrowiu po nieszczęśliwym wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku, za który wypłacono świadczenie. Jeżeli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed nieszczęśliwym wypadkiem, przyjmuje się że wcześniejszy uszczerbek na zdrowiu nie istniał.
- Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku powinien być ustalany po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zalecanego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak nie wcześniej niż po upływie 3 (trzech) miesięcy i nie później niż po upływie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Późniejsza zmiana stopnia uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
- Jeżeli zgodnie z opinią lekarza wskazanego przez Towarzystwo, okres leczenia będzie dłuższy niż 12 (dwanaście) miesięcy, wówczas ubezpieczony może po upływie 6 (sześciu) miesięcy leczenia złożyć wniosek o wcześniejszą wypłatę bezspornej części świadczenia ubezpieczeniowego w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która zgodnie z przewidywaniami Towarzystwa będzie należna po całkowitym zakończeniu leczenia. Przewidywaną wysokość minimalnego świadczenia, o którym mowa powyżej, określa się na podstawie przedstawionych przez ubezpieczonego dokumentów oraz ustaleń lekarza wskazanego przez Towarzystwo.
- Jeżeli wypłacono świadczenie ubezpieczeniowe w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub świadczenie w razie hospitalizacji ubezpieczonego, a następnie ubezpieczony zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wypłaca się tylko wtedy, gdy jest ono wyższe od sumy świadczeń ubezpieczeniowych uprzednio wypłaconych w związku z tym nieszczęśliwym wypadkiem – jako różnicę pomiędzy sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, a sumą świadczeń ubezpieczeniowych uprzednio wypłaconych w związku z tym nieszczęśliwym wypadkiem.
- Jeżeli został ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a ubezpieczony zmarł przed otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu z przyczyn związanych z tym nieszczęśliwym wypadkiem, wówczas wypłaca się wyłącznie świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- Jeżeli podczas hospitalizacji ubezpieczonego, umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek upływu okresu ubezpieczenia, wówczas dzienne świadczenie w razie hospitalizacji zostanie wypłacone z uwzględnieniem całego okresu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ramach tej hospitalizacji, z zastrzeżeniem § 11 ust. 2 i 3.

§ 16.

UPOSAŻENI

- Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
- Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, albo suma ich udziałów nie jest równa 100 proc. (sto procent), uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku

udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.

- Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych, ani uposażonych zastępczych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 17.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
- Dokumentem potwierdzającym śmierć ubezpieczonego jest:
 - skrócony odpis aktu zgonu albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego,
 - kopia karty zgonu, postanowienia prokuratora lub dokumentacja medyczna zawierająca informację o przyczynie zgonu,
 - dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiło zdarzenie, jeżeli zdarzenie miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem ust. 8.
- Dokumentami potwierdzającymi wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku są historia choroby ubezpieczonego, karty leczenia szpitalnego ubezpieczonego oraz wyniki badań medycznych ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 8.
- Dokumentami potwierdzającymi poważne zachorowanie ubezpieczonego są historia choroby ubezpieczonego, karty leczenia szpitalnego ubezpieczonego oraz wyniki badań medycznych ubezpieczonego, o których mowa w definicji tego poważnego zachorowania, wskazanej w Tabeli Poważnych Zachorowań, stanowiącej załącznik do OWU, z zastrzeżeniem ust. 8.
- Dokumentami potwierdzającymi hospitalizację ubezpieczonego oraz przeprowadzenie postępowania medycznego na jego rzecz są karta informacyjna leczenia szpitalnego ubezpieczonego oraz wyniki badań medycznych ubezpieczonego wykonanych podczas hospitalizacji, z zastrzeżeniem ust. 8.
- Wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa w razie zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku, następuje po złożeniu przez uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego, dokumentów potwierdzających wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, którymi są dokumentacja medyczna ubezpieczonego oraz dokumenty zawierające odpowiednie decyzje właściwych organów prowadzących postępowanie w sprawie okoliczności nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 8.
- Towarzystwo może wymagać innych niż wskazane w ust. 3-7 dokumentów oraz informacji niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia oraz wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego oraz świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku są wypłacane uposażonym w częściach określonych procentowo przez ubezpieczonego. Świadczenia ubezpieczeniowe przysługujące z umowy ubezpieczenia, inne niż wskazane w zdaniu poprzednim, są wypłacane ubezpieczonemu.
- Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich - przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 11, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.

- Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 18.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
- W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca mu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
- Ustalenie i zwrot kwoty wskazanej w ust. 2 następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 17 ust. 10 stosuje się odpowiednio.

§ 19.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - z najbliższą miesięcznicą ubezpieczenia następującą po dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
 - zgodnie z § 5 ust. 9 w razie nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej,
 - z upływem okresu ubezpieczenia,
 - z chwilą śmierci ubezpieczonego.
- W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek jej wypowiedzenia przez ubezpieczającego Towarzystwo zwraca mu część wpłaconej składki ubezpieczeniowej, proporcjonalnie za czas niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Ustalenie i zwrot kwoty, o której mowa w zdaniu poprzednim, następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 17 ust. 10 stosuje się odpowiednio.

§ 20.

REKLAMACJE

- Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
- Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
- Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.

- Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
- Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Począwszy od dnia 10 stycznia 2017 r. Rzecznik Finansowy będzie uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu będzie dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne będą na stronie: www.rf.gov.pl.

- Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
- Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
- Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 21.

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

- Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
- Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 22.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

- Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu OWU w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Ubezpieczony może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta - w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
- W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany,
 - o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania umowy – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo,
 - o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.

- W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 2 i 3, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
- W przypadku, gdy osobą zgłaszającą roszczenie w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest ubezpieczony, wówczas zawiadomienia Towarzystwa, o których mowa w § 17 ust. 12-13 dotyczą także ubezpieczonego.

§ 23.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych i zwolnień podatkowych w tym zakresie regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ich kolejne nowelizacje.

§ 24.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa.
- Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w OWU lub o ile strony nie umówią się inaczej, wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Oświadczenie, powiadomienie lub wniosek, o których mowa powyżej, powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, a także dane umożliwiające identyfikację ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia oraz realizację ich dyspozycji. W przypadku braku takich danych, Towarzystwo poinformuje osobę składającą dyspozycję o niekompletności lub niepoprawności tej dyspozycji, zaś składająca ją osoba w celu realizacji

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 7 grudnia 2016 roku i wchodzi w życie z dniem 19 grudnia 2016 roku.

oświadczenia, powiadomienia lub wniosku, o których mowa powyżej, jest zobowiązana do jej uzupełnienia w zakresie wskazanym powyżej i z chwilą otrzymania przez Towarzystwo takiej uzupełnionej dyspozycji rozpoczyna się bieg terminu na jej realizację.

- Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
- Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
- Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 25.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:

- Tabele Świadczeń i Składek,
- Tabela Procentowego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
- Tabela Poważnych Zachorowań,
- Wykaz Postępowań Medycznych.

ZAŁĄCZNIK NR 1 - TABELA ŚWIADCZEŃ I SKŁADEK

WARIANT PODSTAWOWY									
rok ubezpieczenia	ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE			SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE					
	suma ubezpieczenia na życie	suma ubezpieczenia z tytułu śmierci lub uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania	świadczenia szpitalne	wiek ubezpieczonego: 18-35 lat		wiek ubezpieczonego: 36-45 lat		
				dziennie świadczenie w razie hospitalizacji	składka miesięczna	składka roczna	składka miesięczna	składka roczna	
1	10 000 zł	30 000 zł	50 000 zł	100 zł albo 60 zł (na zasadach wskazanych w OWU)	79,00 zł	908,00 zł	109,00 zł	1 253,00 zł	
2	10 400 zł	31 200 zł	52 000 zł		82,16 zł	944,32 zł	113,36 zł	1 303,12 zł	
3	10 816 zł	32 448 zł	54 080 zł		85,45 zł	982,09 zł	117,89 zł	1 355,24 zł	
4	11 249 zł	33 746 zł	56 243 zł		88,87 zł	1 021,37 zł	122,61 zł	1 409,45 zł	
5	11 699 zł	35 096 zł	58 493 zł		92,42 zł	1 062,22 zł	127,51 zł	1 465,83 zł	
6	12 167 zł	36 500 zł	60 833 zł		96,12 zł	1 104,71 zł	132,61 zł	1 524,46 zł	
7	12 654 zł	37 960 zł	63 266 zł		99,96 zł	1 148,90 zł	137,91 zł	1 585,44 zł	
8	13 160 zł	39 478 zł	65 797 zł		103,96 zł	1 194,86 zł	143,43 zł	1 648,86 zł	
9	13 686 zł	41 057 zł	68 429 zł		108,12 zł	1 242,65 zł	149,17 zł	1 714,81 zł	
10	14 233 zł	42 699 zł	71 166 zł		112,44 zł	1 292,36 zł	155,14 zł	1 783,40 zł	
11	14 802 zł	44 407 zł	74 013 zł		116,94 zł	1 344,05 zł	161,35 zł	1 854,74 zł	
12	15 394 zł	46 183 zł	76 974 zł		121,62 zł	1 397,81 zł	167,80 zł	1 928,93 zł	
13	16 010 zł	48 030 zł	80 053 zł		126,48 zł	1 453,72 zł	174,51 zł	2 006,09 zł	
14	16 650 zł	49 951 zł	83 255 zł		131,54 zł	1 511,87 zł	181,49 zł	2 086,33 zł	
15	17 316 zł	51 949 zł	86 585 zł		136,80 zł	1 572,34 zł	188,75 zł	2 169,78 zł	
wiek ubezpieczonego	PROCENTOWY PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ pomiędzy poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe (nazwy kolumn jak wyżej)								
18-35 lat	47,25%	28,48%	19,94%	4,33%					
36-45 lat	61,77%	20,64%	14,45%	3,14%					

WARIANT ROZSZERZONY									
rok ubezpieczenia	ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE			SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE					
	suma ubezpieczenia na życie	suma ubezpieczenia z tytułu śmierci lub uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania	świadczenia szpitalne		wiek ubezpieczonego: 18-35 lat		wiek ubezpieczonego: 36-45 lat	
				dziennie świadczenie w razie hospitalizacji	świadczenie w razie postępowania medycznego	składka miesięczna	składka roczna	składka miesięczna	składka roczna
1	50 000 zł	60 000 zł	100 000 zł	100 zł albo 60 zł (na zasadach wskazanych w OWU)	zgodnie z Wykazem Postępowań Medycznych (stanowiącym załącznik do OWU)	109,00 zł	1 253,00 zł	159,00 zł	1 828,00 zł
2	52 000 zł	62 400 zł	104 000 zł			113,36 zł	1 303,12 zł	165,36 zł	1 901,12 zł
3	54 080 zł	64 896 zł	108 160 zł			117,89 zł	1 355,24 zł	171,97 zł	1 977,16 zł
4	56 243 zł	67 492 zł	112 486 zł			122,61 zł	1 409,45 zł	178,85 zł	2 056,25 zł
5	58 493 zł	70 192 zł	116 985 zł			127,51 zł	1 465,83 zł	186,00 zł	2 138,50 zł
6	60 833 zł	73 000 zł	121 664 zł			132,61 zł	1 524,46 zł	193,44 zł	2 224,04 zł
7	63 266 zł	75 920 zł	126 531 zł			137,91 zł	1 585,44 zł	201,18 zł	2 313,00 zł
8	65 797 zł	78 957 zł	131 592 zł			143,43 zł	1 648,86 zł	209,23 zł	2 405,52 zł
9	68 492 zł	82 115 zł	136 856 zł			149,17 zł	1 714,81 zł	217,60 zł	2 501,74 zł
10	71 166 zł	85 400 zł	142 330 zł			155,14 zł	1 783,40 zł	226,30 zł	2 601,81 zł
11	74 013 zł	88 816 zł	148 023 zł			161,35 zł	1 854,74 zł	235,35 zł	2 705,88 zł
12	76 974 zł	92 369 zł	153 944 zł			167,80 zł	1 928,93 zł	244,76 zł	2 814,12 zł
13	80 053 zł	96 064 zł	160 102 zł			174,51 zł	2 006,09 zł	254,55 zł	2 926,68 zł
14	83 255 zł	99 907 zł	166 506 zł			181,49 zł	2 086,33 zł	264,73 zł	3 043,75 zł
15	86 585 zł	103 903 zł	173 166 zł			188,75 zł	2 169,78 zł	275,32 zł	3 165,50 zł
wiek ubezpieczonego	PROCENTOWY PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ pomiędzy poszczególne świadczenia ubezpieczeniowe (nazwy kolumn jak wyżej)								
18-35 lat	24,31%	41,29%	28,90%	3,14%	2,36%				
36-45 lat	48,12%	28,30%	19,81%	2,15%	1,62%				

ZAŁĄCZNIK NR 2 - TABELA PROCENTOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
UKŁAD NERWOWY			
1		Porażenia i niedowłady po urazach wewnątrzczaszkowych	
	001	Porażenie lub głęboki niedowład połowiczny, porażenie lub głęboki niedowład obu kończyn dolnych, uniemożliwiający samodzielne stanie i chodzenie (0°-2° wg Lovetta)	100%
	002	Umiarkowany niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (3° wg Lovetta)	60%
	003	Niewielki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° wg Lovetta)	30%
	004	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 0°	50%
	005	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 1°-2°	35%
	006	Monopareza kończyny górnej – wg Lovetta 3°-4°	25%
	007	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 0°	40%
	008	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 1°-2°	30%
	009	Monopareza kończyny dolnej – wg Lovetta 3°-4°	20%
SKALA LOVETTE'A: 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej; 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej; 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej; 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej; 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej; 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej.			
2		Zespoły pozapiramidowe	
	010	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu: znacznym	100%
	011	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu: umiarkowanym	60%
	012	Utrwalony zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność chorego w stopniu: niewielkim	20%
3		Zespoły mózdkowe	
	013	Zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie	100%
	014	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w znacznym stopniu	70%
	015	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w umiarkowanym stopniu	50%
	016	Zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie w niewielkim stopniu	20%
4		Padaczka jako izolowane następstwo urazu	
	017	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z częstymi napadami (powyżej 4 miesięcznie)	50%
	018	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z napadami od 2 do 4 miesięcznie	30%
	019	Padaczka jako izolowane następstwo urazu z z rzadkimi napadami poniżej 2 miesięcznie	10%
Podstawą rozpoznania padaczki są: typowe napady, zmiany w zapisie EEG z cechami charakterystycznymi dla tej choroby, dokumentacja leczenia neurologicznego z badaniami T.K. / MR. Uwaga: Jeśli rozpoznaniu padaczki towarzyszy encefalopatia, wtedy ocena dokonywana jest wyłącznie według pkt. 5 (pozycje 020-022).			
5		Encefalopatia pourazowa	
	020	Encefalopatia pourazowa ze znacznymi zmianami otępiennymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	100%
	021	Encefalopatia pourazowa ze średnimi zmianami otępiennymi i/lub średnim deficytem neurologicznym	50%
	022	Encefalopatia pourazowa z niewielkimi zmianami otępiennymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być udokumentowane diagnostyką i leczeniem neurologicznym i/lub psychiatrycznym, obecnością zmian w EEG, TK/MR mózgu oraz typowymi odchyleniami w wynikach testów psychologicznych.			
6		Inne zespoły pourazowe OUN – po urazach głowy lub ciężkich urazach ciała	
	023	Zaburzenia nerwicowe znacznego stopnia, udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez Towarzystwo	20%
	024	Zaburzenia nerwicowe umiarkowanego stopnia udokumentowane roczną historią choroby z leczenia u psychiatry i potwierdzone badaniem psychiatrycznym zleconym przez Towarzystwo	10%
	025	Zaburzenia nerwicowe lekkiego stopnia udokumentowane sześciomiesięczną historią choroby z leczenia u psychiatry (wskazane badanie orzecznicze psychiatry)	5%
	026	Wstrząśnienie mózgu rozpoznane szpitalnie	2%
	027	Stłuczenie mózgu lub krwotok wewnątrzczaszkowy, bez utrwalonego zespołu neurologicznego, leczone zachowawczo (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/MR mózgu)	5%
	028	Krwotok wewnątrzczaszkowy leczony operacyjnie, bez utrwalonego zespołu neurologicznego (rozpoznanie szpitalne, potwierdzenie zmian badaniami TK/MR mózgu)	10%
7		Zaburzenia mowy	
	029	Afazja całkowita	100%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	030	Afazja umiarkowanego stopnia	60%
	031	Afazja niewielkiego stopnia	30%
8		Pourazowe zespoły podwzgórzowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność i niedoczynność tarczycy itp.)	
	032	Pourazowe zespoły podwzgórzowe nieznacznie upośledzające czynność organizmu	20%
	033	Pourazowe zespoły podwzgórzowe umiarkowanie upośledzające czynność organizmu	40%
	034	Pourazowe zespoły podwzgórzowe znacznie upośledzające czynność organizmu	60%
9		Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej: okoruchowego, błoczkowego, odwodzącego	
	035	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki oraz z zaburzeniami akomodacji	30%
	036	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu i opadaniem powieki	20%
	037	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z dwojeniem obrazu bez opadania powieki	10%
	038	Uszkodzenie nerwów ruchowych gałki ocznej z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	5%
Uwaga: W przypadku uszkodzenia części zewnętrznej i wewnętrznej nerwu okoruchowego oba uszczerbki podlegają sumowaniu, ale łączna wartość nie może przekroczyć 40%.			
10		Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego	
	039	Uszkodzenie całkowite nerwu trójdzielnego - za jedną gałąź	5%
11		Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego	
	040	Uszkodzenie obwodowe całkowite nerwu twarzowego	20%
12		Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego	
	041	Uszkodzenie całkowite nerwu językowo-gardłowego i błędnego (obu nerwów) – z zaburzeniami mowy, polykania, oddechu oraz zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego	40%
13		Uszkodzenie całkowite nerwu: dodatkowego lub podjęzykowego	
	042	Uszkodzenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
	043	Uszkodzenie całkowite nerwu podjęzykowego	20%
14		Izolowane całkowite uszkodzenia nerwów obwodowych	
	044	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	15%
	045	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piersiowego długiego	15%
	046	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pachowego	20%
	047	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu mięśniowo-skórnego	20%
	048	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego powyżej odejścia gałęzi do mięśnia trójąłowego ramienia	30%
	049	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego poniżej odejścia gałęzi do mięśnia trójąłowego ramienia	20%
	050	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	15%
	051	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	10%
	052	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia	30%
	053	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu pośrodkowego w obrębie nadgarstka	15%
	054	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego	20%
	055	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25%
	056	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	40%
	057	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	10%
	058	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu zasłonowego	15%
	059	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu udowego	30%
	060	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwów pośladkowych	20%
	061	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu sromowego wspólnego	20%
	062	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	40%
	063	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu piszczelowego	30%
	064	Izolowane całkowite uszkodzenie nerwu strzałkowego	20%
	065	Izolowane całkowite uszkodzenie splotu lędźwiowo – krzyżowego	60%
	066	Izolowane całkowite uszkodzenie pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
Uwaga: W przypadku częściowego uszkodzenia nerwów, oceny z pozycji 039-066 odpowiadają połowie wartości przewidzianej za całkowite uszkodzenie nerwu.			
B		GŁOWA	
15		Uszkodzenia powłok czaszki	
	067	Oskalpowanie – od 20% do 50% skóry owłosionej	20%
	068	Oskalpowanie – powyżej 50% skóry owłosionej	30%
Uwaga: Według pozycji 067-068 oceniane są ubytki nieuzupełnione trwale owłosieniem.			
16		Złamania kości czaszki	
	069	Złamania kości czaszki – w obrębie sklepiłości czaszki	5%
	070	Złamania kości czaszki – w obrębie podstawy czaszki	10%
17		Pourazowe ubytki kości czaszki	
	071	Pourazowy ubytek kości czaszki – poniżej 10 cm ²	5%
	072	Pourazowy ubytek kości czaszki – od 10 do 40 cm ²	10%
	073	Pourazowy ubytek kości czaszki powyżej 40 cm ²	20%
Uwaga: W przypadkach urazów obejmujących uszkodzenia zarówno powłoki czaszki jak i kości sklepienia i podstawy czaszki, następstwa poszczególnych obrażeń podlegają sumowaniu. łączna suma uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 40%.			
18		Powikłania po urazach głowy	
	074	Nawracający plynok, ropowica powłok czaszki, przewlekłe zapalenie kości, przepuklina mózgowa – leczone operacyjnie	10%
C		TWARZ	
19		Powłoki twarzy	
	075	Oszpecenie – bez zaburzeń funkcji	10%
	076	Oszpecenie z zaburzeniami zaburzenia funkcji jak ślinotok, zaburzenia przyjmowania pokarmów, mowy, oddychania, czynności powiek - dodatkowo za każde zaburzenie	10%
20		Nos	
	077	Złamanie kości nosa niewymagające repozycji	1%
	078	Złamanie kości nosa wymagające repozycji lub zniekształcenie pourazowe nosa – bez zaburzeń powonienia i oddychania	3%
	079	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia lub oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	10%
	080	Uszkodzenie/złamanie nosa – z utrwalonymi zaburzeniami powonienia i oddychania potwierdzonymi dokumentacją leczenia specjalistycznego przez 6 miesięcy	20%
	081	Utrata nosa w całości – łącznie z kośćmi nosa	30%
Uwaga: Zaburzenia powonienia lub oddychania z pozycji 077-080 powinny zostać udokumentowane badaniami dodatkowymi i konsultacjami specjalistycznymi.			
21		Zęby	
	082	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie – siekaczy lub kłów – za każdy ząb	0,50%
	083	Utrata częściowa, złamanie lub pourazowe rozchwianie – pozostałych zębów – za każdy ząb	0,25%
	084	Utrata całej korony lub całego zęba – siekaczy lub kłów – za każdy ząb	1,50%
	085	Utrata całej korony lub całego zęba – w zakresie pozostałych zębów – za każdy ząb	1%
22		Uszkodzenia kości: oczodołu, jarzmowej, szczęki, żuchwy, zatoki, stawu skroniowo-żuchwowego	
	086	Wygojone bez przemieszczeń	2%
	087	Wygojone z niewielkim przemieszczeniem	4%
	088	Wygojone ze średnim przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i niewielkim upośledzeniem żucia	12%
	089	Wygojone z dużym przemieszczeniem, asymetrią zgryzu, upośledzeniem otwierania jamy ustnej i znacznym upośledzeniem lub częściowa utrata szczęki lub żuchwy	25%
	090	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy z utratą zębów, asymetrią zgryzu, znacznym zaburzeniem otwierania jamy ustnej i upośledzeniem odżywiania	35%
	091	Utrata całkowita: szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów)	50%
23		Język, podniebienie, przedsionek jamy ustnej, wargi	
	092	Ubytek powyżej 2 cm ² – bez zaburzeń mowy i polykania	2%
	093	Ubytek z zaburzeniami mowy i polykania	15%
	094	Ubytek z zaburzeniami mowy i polykania oraz zaburzeniami odżywiania	35%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku																																																																																																																																																																							
	095	Całkowita utrata języka	50%																																																																																																																																																																							
D	NARZĄD WZROKU																																																																																																																																																																									
24	Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia jednego lub obu oczu																																																																																																																																																																									
	096	Upośledzenie ostrości wzroku, utrata widzenia jednego lub obu oczu – tabela ostrości wzroku																																																																																																																																																																								
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>oko prawe</td> <td>1,0</td> <td>0,9</td> <td>0,8</td> <td>0,7</td> <td>0,6</td> <td>0,5</td> <td>0,4</td> <td>0,3</td> <td>0,2</td> <td>0,1</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>oko lewe</td> <td></td> <td>1,0</td> <td>0%</td> <td>2,5%</td> <td>5%</td> <td>7,5%</td> <td>10%</td> <td>12,5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,9</td> <td>2,5%</td> <td>5%</td> <td>7,5%</td> <td>10%</td> <td>12,5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,8</td> <td>5%</td> <td>7,5%</td> <td>10%</td> <td>12,5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,7</td> <td>7,5%</td> <td>10%</td> <td>12,5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,6</td> <td>10%</td> <td>12,5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,5</td> <td>12,5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,4</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> <td>60%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,3</td> <td>20%</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> <td>60%</td> <td>65%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,2</td> <td>25%</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> <td>60%</td> <td>65%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,1</td> <td>30%</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> <td>60%</td> <td>65%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0,0</td> <td>35%</td> <td>40%</td> <td>45%</td> <td>50%</td> <td>55%</td> <td>60%</td> <td>65%</td> <td>70%</td> <td>80%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </table>		oko prawe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,0	oko lewe		1,0	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%			0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%			0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%			0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%			0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%			0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%			0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%			0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%			0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%			0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%			0,0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%	
	oko prawe	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,0																																																																																																																																																														
oko lewe		1,0	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%																																																																																																																																																													
		0,9	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%																																																																																																																																																													
		0,8	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%																																																																																																																																																													
		0,7	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%																																																																																																																																																													
		0,6	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%																																																																																																																																																													
		0,5	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%																																																																																																																																																													
		0,4	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%																																																																																																																																																													
		0,3	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%																																																																																																																																																													
		0,2	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%																																																																																																																																																													
		0,1	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%																																																																																																																																																													
		0,0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%																																																																																																																																																													
Uwaga: Ostrość wzroku należy ocenić po korekcji szklami zarówno w przypadku zmętnienia rogówki lub soczewki jak i przy współistnieniu uszkodzeń siatkówki lub nerwu wzrokowego. Dwojenie wymagające podczas pracy zasłonięcia jednego oka odpowiada ślepotcie jednego oka.																																																																																																																																																																										
25	Porażenie nastawności (akomodacji)																																																																																																																																																																									
	097	Porażenie nastawności (akomodacji) bez zaburzeń ostrości wzroku po zastosowaniu szkieł korekcyjnych jednego oka	15%																																																																																																																																																																							
26	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, chemicznych, termicznych, elektrycznych lub wskutek nagłego działania pola elektromagnetycznego – bez upośledzenia ostrości wzroku																																																																																																																																																																									
	098	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – blizny rogówki	1%																																																																																																																																																																							
	099	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce oczodołu	5%																																																																																																																																																																							
	100	Uszkodzenie gałki ocznej, bez upośledzenia wzroku – nieusunięte ciało obce wewnątrzgałkowe	10%																																																																																																																																																																							
27	Pourazowe zwężenie pola widzenia																																																																																																																																																																									
	101	Tabela oceny zwężenia pola widzenia																																																																																																																																																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Zwężenie do stopni</th> <th>Przy nienaruszonym drugim oku</th> <th>W obojgu oczach</th> <th>Przy ślepotcie drugiego oka</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>60</td> <td>0%</td> <td>0%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>50</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>45%</td> </tr> <tr> <td>40</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>15%</td> <td>40%</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>20%</td> <td>60%</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>25%</td> <td>75%</td> <td>85%</td> </tr> <tr> <td>poniżej 10</td> <td>35%</td> <td>90%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Zwężenie do stopni	Przy nienaruszonym drugim oku	W obojgu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka	60	0%	0%	35%	50	5%	10%	45%	40	10%	20%	55%	30	15%	40%	65%	20	20%	60%	75%	10	25%	75%	85%	poniżej 10	35%	90%	100%																																																																																																																																								
Zwężenie do stopni	Przy nienaruszonym drugim oku	W obojgu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka																																																																																																																																																																							
60	0%	0%	35%																																																																																																																																																																							
50	5%	10%	45%																																																																																																																																																																							
40	10%	20%	55%																																																																																																																																																																							
30	15%	40%	65%																																																																																																																																																																							
20	20%	60%	75%																																																																																																																																																																							
10	25%	75%	85%																																																																																																																																																																							
poniżej 10	35%	90%	100%																																																																																																																																																																							
28	Niedowidzenia połowicze																																																																																																																																																																									
	102	Niedowidzenia połowicze – dwuskroniowe	60%																																																																																																																																																																							
	103	Niedowidzenia połowicze – dwunosowe	30%																																																																																																																																																																							
	104	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne górne	10%																																																																																																																																																																							
	105	Niedowidzenia połowicze – jednoimienne dolne	30%																																																																																																																																																																							
	106	Inne jednooczne ubytki pola widzenia	5%																																																																																																																																																																							
29	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji																																																																																																																																																																									
	107	Pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość – jednego oka – bez zaburzeń ostrości wzroku po korekcji	15%																																																																																																																																																																							
30	Zaburzenia drożności przewodów łzowych																																																																																																																																																																									
	108	Zaburzenia drożności przewodów łzowych w jednym oku	8%																																																																																																																																																																							
31	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek																																																																																																																																																																									
	109	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – niewielkie zmiany	3%																																																																																																																																																																							
	110	Przewlekłe pourazowe zapalenie spojówek – duże zmiany – udokumentowane co najmniej 6 mies. leczeniem okulistycznym	8%																																																																																																																																																																							

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku																																				
32	111	Zaćma pourazowa, pourazowy brak soczewki lub pseudosoczewkowatość, jaskra pourazowa, odwarstwienie siatkówki pourazowe – z zaburzeniami ostrości wzroku i pola widzenia	Ocena wg tabel ostrości wzroku i pola widzenia																																				
33	Utrata gałki ocznej																																						
	112	Jednego oka (wartość uszczerbku obejmuje utratę widzenia wg tabeli z pozycji 96)	38%																																				
	113	Obu oczu	100%																																				
Uwaga: Suma uszczerbków w zakresie jednego oka nie może przekroczyć 38%.																																							
E	NARZĄD SŁUCHU I RÓWNOWAGI																																						
34	Uszkodzenia małżowin usznych																																						
	114	Zniekształcenie małżowiny usznej	5%																																				
	115	Utrata całkowita jednej małżowiny	15%																																				
	116	Utrata obu małżowin	30%																																				
35	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego																																						
	117	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – jednostronne	4%																																				
	118	Przewlekłe ropne pourazowe zapalenie ucha środkowego – obustronne	8%																																				
	119	Powikłania po przewlekłym ropnym zapaleniu ucha środkowego: perlak, polip, zmiany kostne – dodatkowo	6%																																				
36	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne																																						
	120	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, szumy uszne – bez upośledzenia słuchu	3%																																				
37	Uszkodzenie ucha wewnętrznego																																						
	121	Uszkodzenie części słuchowej ucha wewnętrznego	Ocena wg tabeli upośledzenia słuchu																																				
	122	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – niewielkie zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi	10%																																				
	123	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – umiarkowanie nasilone zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi	20%																																				
	124	Uszkodzenie części statycznej ucha wewnętrznego – znaczne zawroty głowy z zaburzeniami równowagi utrudniającymi chodzenie, nudności, wymioty	40%																																				
38	125	Upośledzenie słuchu na skutek ostrego urazu akustycznego, złamań kości w obrębie ucha środkowego, mechanicznych uszkodzeń nerwu słuchowego, ciężkich urazów głowy, upośledzenia drożności zewnętrznej przewodu słuchowego – ocena na podstawie audiogramu																																					
		TABELA UPOŚLEDZENIA SŁUCHU																																					
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Ucho prawe</td> <td>0-25 dB</td> <td>26-40 dB</td> <td>41-70 dB</td> <td>powyżej 70 dB</td> </tr> <tr> <td>Ucho lewe</td> <td></td> <td>0-25 dB</td> <td>26-40 dB</td> <td>41-70 dB</td> <td>powyżej 70 dB</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>0-25 dB</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>26-40 dB</td> <td>5%</td> <td>15%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>41-70 dB</td> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>powyżej 70 dB</td> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>50%</td> </tr> </table>		Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB	Ucho lewe		0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB			0-25 dB	5%	10%	20%			26-40 dB	5%	15%	30%			41-70 dB	10%	20%	40%			powyżej 70 dB	20%	30%	50%	
	Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB																																		
Ucho lewe		0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB																																		
		0-25 dB	5%	10%	20%																																		
		26-40 dB	5%	15%	30%																																		
		41-70 dB	10%	20%	40%																																		
		powyżej 70 dB	20%	30%	50%																																		
Uwaga: Przy ocenie uszczerbku oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeśli różnica pomiędzy wartościami 500 Hz i 2000 Hz przekracza 40 dB, ubytek słuchu wylicza się ze średniej z 4 progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.																																							
F	SZYJA, GARDŁO, KRTAŃ, TCHAWICA, PRZEŁYK																																						
39	Uszkodzenie szyi																																						
	126	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości szyi i głowy	10%																																				
	127	Uszkodzenie tkanek miękkich szyi ze znacznym ograniczeniem ruchomości i przymusowym ustawieniem głowy	25%																																				
40	Uszkodzenie gardła																																						
	128	Uszkodzenia gardła z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%																																				
	129	Uszkodzenia gardła ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%																																				
41	Uszkodzenie krtani																																						
	130	Uszkodzenie krtani – niewielkie zwężenie, przewlekła chrypka	10%																																				
	131	Zwężenie krtani – ze świsłem krtaniowym, dusznością wysiłkową	20%																																				
	132	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i zaburzeniem głosu	40%																																				
	133	Zwężenie krtani – z koniecznością stosowania rurki dotchawiczej i bezgłosem	60%																																				

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
Uwaga: Uszkodzenie krtani powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych i/lub endoskopowych.			
42		Uszkodzenie tchawicy	
	134	Uszkodzenie tchawicy – z niewielkim zwężeniem, bez duszności	5%
	135	Uszkodzenie tchawicy – ze zwężeniem i dusznością wysiłkową	20%
	136	Uszkodzenie tchawicy – ze znacznym zwężeniem i dusznością spoczynkową	60%
Uwaga: Uszkodzenie tchawicy powinno być potwierdzone w dokumentacji z leczenia laryngologicznego, zawierającej opisy zmian w badaniach obrazowych i/lub endoskopowych.			
43		Uszkodzenie przełyku	
	137	Uszkodzenie przełyku – ze zwężeniem, bez zaburzeń funkcji	5%
	138	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami polykania, bez upośledzenia stanu odżywienia	10%
	139	Zwężenie przełyku – z zaburzeniami polykania i upośledzeniem stanu odżywienia	30%
	140	Niedrożność całkowita przełyku – stała przetoka żołądkowa	80%
Uwaga: Przy ocenie skutków urazu przełyku niezbędna jest dokumentacja z leczenia specjalistycznego, zawierająca wyniki badań obrazowych i endoskopowych.			
G	KLATKA PIERSIOWA		
44		Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu	
	141	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu: niewielkim	10%
	142	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu: umiarkowanym	20%
	143	Uszkodzenie ściany klatki piersiowej i grzbietu ograniczające ruchomość klatki piersiowej i upośledzające wydolność oddechową (ocena spirometryczna) w stopniu: znacznym	40%
45		Utrata całkowita brodawki sutkowej lub sutka	
	144	Całkowita utrata brodawki sutkowej u mężczyzny	5%
	145	Całkowita utrata brodawki sutkowej u kobiety	10%
	146	Całkowita utrata jednego sutka u mężczyzny	20%
	147	Całkowita utrata jednego sutka u kobiety	25%
Uwaga: W przypadku częściowej utraty brodawki sutkowej lub sutka, oceny dokonuje się przy zastosowaniu punktu 45 oraz pozycji 144-147 adekwatnych dla całkowitej utraty brodawki i sutka, przy czym wartość uszczerbku odpowiada połowie wartości przewidzianej za całkowitą utratę.			
46		Złamanie żeber i mostka	
	148	Złamanie 1 żebra, za każde żebro	1%
	149	Złamanie wielu żeber – ze zniekształceniami i trwałym zmniejszeniem wydolności oddechowej w stopniu umiarkowanym lub znacznym potwierdzonym co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	25%
	150	Złamanie mostka – bez zniekształceń	3%
	151	Złamanie mostka wygojone ze znacznym zniekształceniem	8%
	152	Powikłania po złamaniu żeber lub mostka: przewlekłe zapalenie kości z obecnością przetok - dodatkowo	10%
Uwaga: Złamanie żeber i mostka powinno być potwierdzone badaniem radiologicznym.			
47		Pourazowe przepukliny przeponowe	
	153	Pourazowe przepukliny przeponowe - bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	154	Pourazowe przepukliny przeponowe - z trwałymi zaburzeniami funkcji przełyku i/lub żołądka	10%
	155	Pourazowe przepukliny przeponowe - z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną	20%
	156	Pourazowe przepukliny przeponowe - z trwałymi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i zaburzeniami oddychania potwierdzonymi co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną oraz zaburzeniami krążenia (ocena wg klasyfikacji NYHA)	40%
48		Uszkodzenie płuca i opłucnej	
	157	Uszkodzenie płuc, opłucnej – bez zmniejszenia wydolności oddechowej	5%
	158	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej niewielkiego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 70-80% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	10%
	159	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej średniego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC = 50-70% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	20%
	160	Uszkodzenie płuc, opłucnej – ze zmniejszeniem wydolności oddechowej znacznego stopnia (VC, FEV1, FEV1%VC < 50% wartości należnej) potwierdzonej co najmniej dwukrotną oceną spirometryczną w ciągu 3 miesięcy	40%
	161	Uszkodzenie płuc, opłucnej powikłanie przetokami oskrzelowymi i/lub ropniami płuc - dodatkowo	15%
49		Uszkodzenia serca i osierdzia	

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	162	Uszkodzenie serca, osierdzia – z wydolnym układem krążenia	10%
	163	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami wyrównanej niewydolności układu krążenia (I° – wg NYHA, EF > 50%, niewielkie zaburzenia kurczliwości)	15%
	164	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (II° – wg NYHA, EF 46- 50%)	30%
	165	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (III° – wg NYHA, EF 35- 45%)	50%
	166	Uszkodzenie serca, osierdzia – z objawami niewydolności układu krążenia (IV° – wg NYHA, EF <35%)	80%
Klasyfikacja NYHA - do oceny stanu czynnościowego serca			
Klasa I. Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.			
Klasa II. Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.			
Klasa III. Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.			
Klasa IV. Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.			
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:			
Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca.			
Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory.			
Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.			
H	JAMA BRZUSZNA		
50		Uszkodzenie powłok jamy brzusznej	
	167	Przetoki skórne, przewlekłe powikłania ropne, znaczne ubytki skórne i mięśniowe	10%
51		Uszkodzenia żołądka, jelita, sieci, krezki	
	168	Uszkodzenie bez trwałych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
	169	Uszkodzenie z niewielkimi zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanem odżywienia	10%
	170	Uszkodzenie z zaburzeniami funkcji przewodu pokarmowego i niedożywieniem	30%
	171	Uszkodzenie z koniecznością żywienia pozajelitowego	50%
52		Przetoki jelitowe, odbytu sztucznego	
	172	Czasowe przetoki jelita cienkiego	10%
	173	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące niewielkie zanieczyszczenie się, bez zmian zapalnych skóry wokół przetoki, z dobrym stanem odżywiania	30%
	174	Trwałe przetoki jelita cienkiego powodujące znaczne zanieczyszczenie się, ze zmianami zapalnymi skóry wokół przetok i/lub z niedostatecznym stanem odżywiania	60%
	175	Czasowe przetoki jelita grubego	10%
	176	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące niewielkie zanieczyszczenie się	20%
	177	Trwałe przetoki jelita grubego powodujące znaczne zanieczyszczenie się	50%
53		Uszkodzenia odbytnicy, zwieracza odbytu	
	178	Pełnościennne uszkodzenie odbytnicy bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	179	Wypadanie błony śluzowej odbytnicy / przetoka okołoodbytnicza	10%
	180	Wypadanie całkowite odbytnicy	30%
	181	Uszkodzenie zwarcia odbytu nie powodujące nietrzymania gazów i stolca (blizny, zwężenie)	15%
	182	Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące trwałe nietrzymanie gazów i stolca	50%
54		Uszkodzenia wątroby, pęcherzyka i przewodów żółciowych	
	183	Uszkodzenie – bez trwałych zaburzeń funkcji – leczone zachowawczo w szpitalu	5%
	184	Uszkodzenie z umiarkowanym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa B w klasyfikacji Childa-Pugha) i/lub dróg żółciowych	15%
	185	Uszkodzenie ze znacznym zaburzeniem funkcji wątroby (grupa C w klasyfikacji Childa-Pugha) i/lub dróg żółciowych	30%
	186	Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych – bez upośledzenia funkcji wątroby i/lub dróg żółciowych	10%
	187	Uszkodzenie z resekcją części wątroby / dróg żółciowych z upośledzeniem funkcji wątroby i/lub dróg żółciowych	30%

Punkt	Kod uszkodzenia	Nazwa uszkodzenia na zdrowiu	Procent uszkodzenia
Klasyfikacja zaburzeń funkcji wątroby wg Childa-Pugha			
Badany parametr		Punkty	
		1	2
		3	
Albumina (g/dl) w surowicy		Powyżej 3,5	3,5-2,8
Bilirubina w surowicy (mg/d)		Poniżej 2	Powyżej 3
Czas protrombinowy (sek. powyżej normy)		Do 4	Powyżej 6
Wodobrzusze		Brak	++
Encefalopatia		Brak	III st.-IV st.
Suma punktów		5-6	10-15
Grupa		A	C
55		Uszkodzenia trzustki	
	188	Uszkodzenie trzustki – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	189	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją trzustki – bez zaburzeń jej funkcji	10%
	190	Uszkodzenie trzustki – z częściową resekcją i umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	30%
	191	Uszkodzenie trzustki – z całkowitą resekcją i znacznym zaburzeniem funkcji	60%
56		Uszkodzenie śledziony	
	192	Pęknięcie śledziony potwierdzone badaniem obrazowym – leczone zachowawczo w szpitalu	4%
	193	Pęknięcie śledziony leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	8%
	194	Usunięcie uszkodzonej śledziony	15%
57		Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy	
	195	Uszkodzenia dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
I	NARZĄDY MOCZOWO-PŁCIOWE		
58		Uszkodzenia nerek	
	196	Uszkodzenie jednej nerki – bez trwałego upośledzenia funkcji	5%
	197	Uszkodzenie jednej nerki z trwałym upośledzeniem funkcji	10%
	198	Uszkodzenie obu nerek z trwałym upośledzeniem funkcji	20%
	199	Utrata jednej nerki przy prawidłowo działającej drugiej nerce	30%
	200	Utrata jednej nerki z upośledzeniem funkcji drugiej nerki	50%
	201	Utrata obu nerek	80%
59		Uszkodzenie moczowodu	
	202	Uszkodzenie moczowodu – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	203	Uszkodzenie moczowodu – z trwałymi zaburzeniami funkcji układu moczowego	15%
60		Uszkodzenie pęcherza moczowego	
	204	Uszkodzenie pęcherza – bez trwałych zaburzeń funkcji	5%
	205	Uszkodzenie pęcherza – z trwałymi zaburzeniami funkcji	15%
61		Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego	
	206	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym	25%
	207	Przetoki upośledzające jakość życia w stopniu znacznym	50%
62		Zwężenie cewki moczowej	
	208	Uszkodzenie cewki moczowej z niewielkimi utrwalonymi zaburzeniami w oddawaniu moczu	10%
	209	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	20%
	210	Uszkodzenie cewki moczowej z utrwalonym nietrzymaniem lub zaleganiem moczu oraz przewlekłym zakażeniem	30%
63		Utrata prącia	
	211	Całkowita utrata prącia	40%
	212	Częściowa utrata prącia	20%
64		Uszkodzenia jąder	
	213	Wodniak pourazowy jądra	5%
	214	Utrata jądra	20%
65		Utrata jajnika	
	215	Utrata jednego jajnika	20%
66		Uszkodzenie macicy	
	216	Utrata częściowa lub znaczne uszkodzenie macicy	15%
	217	Utrata całkowita macicy	40%

Punkt	Kod uszkodzenia	Nazwa uszkodzenia na zdrowiu	Procent uszkodzenia
67		Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków	
	218	Uszkodzenie krocza, pochwy, worka mosznowego, pośladków – przetrwały zespół bólowy, małe deformacje	2%
	219	Uszkodzenia powodujące wypadanie pochwy	10%
	220	Uszkodzenie powodujące wypadanie pochwy i macicy	30%
J	KRĘGOSŁUP I RDZEŃ KRĘGOWY		
68		Uszkodzenia kręgosłupa szyjnego	
	221	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z niewielką dysfunkcją	3%
	222	Złamanie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
	223	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miazdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	224	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miazdżystego w obrębie kręgosłupa szyjnego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	225	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy	40%
Uwaga: Maksymalny stopień uszkodzenia kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 40%.			
69		Uszkodzenie kręgosłupa piersiowego	
	226	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
	227	Złamanie kręgosłupa piersiowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	4%
	228	Złamanie, zwłknięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 1/2 normy	8%
	229	Uszkodzenie kręgosłupa – wygojone piersiowego z całkowitym jego zeszczywnieniem i zniekształceniami	20%
Uwaga: Maksymalny stopień uszkodzenia kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 20%.			
70		Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	
	230	Skręcenie, stłuczenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z niewielką dysfunkcją	2%
	231	Złamanie w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości do 1/3 normy	5%
	232	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miazdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 - 2/3 normy	10%
	233	Złamanie, zwłknięcie, przebyte usunięcie jądra miazdżystego w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	234	Uszkodzenie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego – wygojone z całkowitym jego zeszczywnieniem, zniekształceniami i niekorzystnym ustawieniem tułowia	40%
Uwaga: Maksymalny stopień uszkodzenia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego nie może przekroczyć 40%.			
71		Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych	
	235	Izolowane złamanie lub pęknięcie wyrostków ościstych i poprzecznych za każdy wyrostek	1%
Uwaga: Maksymalna wysokość uszkodzenia orzekanego według pozycji 235 wynosi 5%.			
72		Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe	
	236	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bólowe	5%
	237	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
	238	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
	239	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe szyjne – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%
	240	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bólowe	5%
	241	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe piersiowe – bóle i zaburzenia czucia	7%
	242	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bólowe	5%
	243	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – bóle, zaburzenia czucia lub zespoły mieszane, osłabienie odruchów – bez niedowładów	8%
	244	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych niewielkiego stopnia	15%
	245	Utrwalone korzeniowe zespoły pourazowe lędźwiowo-krzyżowe – z obecnością niedowładów i zaników mięśniowych znacznego stopnia	25%
	246	Bóle guziczne, w tym złamanie kości guzicznej	4%
73		Uszkodzenie rdzenia kręgowego	
	247	Porażenie kończyn górnych i/lub dolnych (0°-1° wg Lovetta) lub głęboki niedowład czterokończynowy (2° wg Lovetta)	100%
	248	Głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° wg Lovetta), niedowład czterokończynowy (3° wg Lovetta)	80%
	249	Umiarkowany niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° wg Lovetta)	60%

Punkt	Kod uszkodzenia	Nazwa uszkodzenia na zdrowiu	Procent uszkodzenia
	250	Niewielki niedowład kończyn górnych (4 wg Lovetta) i/lub dolnych (4° wg Lovetta) z zaburzeniami funkcji zwieraczy i narządów płciowych	40%
	251	Niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° wg Lovetta)	20%
	252	Porażenie lub głęboki niedowład jednej kończyny (0°-2° wg Lovetta), zespół stożka rdzenia	30%
	253	Niedowład jednej kończyny górnej (3° wg Lovetta)	20%
	254	Niedowład jednej kończyny górnej (4° wg Lovetta)	15%
	255	Niedowład jednej kończyny dolnej (3° wg Lovetta)	15%
	256	Niedowład jednej kończyny dolnej 4° wg Lovetta)	10%
	257	Izolowane porażenie/niedowład pęcherza moczowego i odbytu po uszkodzeniu rdzenia na poziomie S2-S4	15%

Uwaga: Jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed urazem choroby kręgosłupa (zwrodnienie, dyskopatie, wady kręgosłupa, osteoporoza, inne przewlekłe choroby kręgow) wartość przyznanego uszkodzenia zostanie zmniejszona o:
 20% – przy zmianach chorobowych na tym samym poziomie kręgosłupa,
 40% – przy zmianach chorobowych wielomiejscowych w tym samym odcinku kręgosłupa,
 60% – przy zmianach kostnych uogólnionych (np. osteoporoza).
 Za pourazową uważa się przepuklinę jądra miazdżystego dokonaną (tzn. z uszkodzeniem pierścienia włóknistego) w następstwie dźwignięcia nadmiernego ciężaru, urazu bezpośredniego lub urazu komunikacyjnego. Taki mechanizm powstania przepukliny musi wynikać zarówno z opisu zdarzenia jak i z dokumentacji medycznej.
 Nadmierny ciężar to dla kobiet powyżej 30 kg, a dla mężczyzn powyżej 50 kg – przy przeciętnej budowie ciała.

K	KOŃCZYNA GÓRNA		
74	Uszkodzenia łopatki		
	258	Złamanie łopatki wygojone – bez istotnych zaburzeń funkcji kończyny	5%
	259	Złamanie łopatki wygojone z niewielkim upośledzeniem funkcji	8%
	260	Złamanie łopatki wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i upośledzeniem funkcji	15%
	261	Złamanie łopatki wygojone z dużymi przemieszczeniami i dużym upośledzeniem funkcji kończyny	30%
75	Uszkodzenia obojczyka		
	262	Złamanie obojczyka wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
	263	Złamanie obojczyka wygojone z niewielkim zaburzeniem ruchomości (do 1/3 normy)	5%
	264	Złamanie obojczyka wygojone z umiarkowanym zaburzeniem ruchomości (1/3 do 2/3 normy)	10%
	265	Złamanie obojczyka wygojone ze znacznym zaburzeniem ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
	266	Staw rzekomy obojczyka – dodatkowo	10%
	267	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – niewielkie ograniczenie ruchów	5%
	268	Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – ze znacznym ograniczeniem ruchów, zdolności dźwignia i zniekształceniem	15%
	269	Powikłania po urazie obojczyka: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%
76	Uszkodzenia barku		
	270	Skręcenie stawu barkowego – z zespołem bólowym i/lub dyskretną dysfunkcją	2%
	271	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – niewielkie ograniczenie ruchomości (do 1/3 normy)	5%
	272	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – średnie ograniczenie ruchomości (1/3-2/3 normy)	10%
	273	Uszkodzenie stawu łopatkowo-ramiennego – znaczne ograniczenie ruchomości (powyżej 2/3 normy)	15%
	274	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo korzystne	30%
	275	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego: ustawienie czynnościowo niekorzystne	40%
	276	Powikłania po urazie barku: przewlekłe zapalenie kości, przetoki – dodatkowo	5%
	277	Utrata kończyny w barku	75%
	278	Utrata kończyny wraz z łopatką	80%

Uwaga: W przypadku nałożenia się następstw urazu na uszkodzenie stawu o charakterze chorobowym lub skutki urazu przed ubezpieczeniem, wysokość uszkodzenia zostanie zmniejszona do połowy nominalnej wartości.

77	Uszkodzenia ramienia		
	279	Złamanie trzonu kości ramiennej – wygojone bez przemieszczenia i zaburzeń funkcji	5%
	280	Złamanie kości ramiennej wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	10%
	281	Złamanie kości ramiennej wygojone z umiarkowanym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	15%
	282	Złamanie kości ramiennej wygojone ze znacznym przemieszczeniem i zaburzeniem funkcji	20%
	283	Powikłania po złamaniu kości ramiennej: przewlekłe zapalenie kości, przetoki, brak zrostu – dodatkowo	10%
	284	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z niewielkim upośledzeniem funkcji	5%
	285	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – z umiarkowanym upośledzeniem funkcji	8%
	286	Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów, naczyń ramienia – ze znacznym upośledzeniem funkcji	15%

Punkt	Kod uszkodzenia	Nazwa uszkodzenia na zdrowiu	Procent uszkodzenia
	287	Utrata kończyny w obrębie ramienia	70%
78	Uszkodzenia stawu łokciowego		
	288	Skręcenie, stłuczenie stawu łokciowego z niewielkim zniekształceniem i/lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
	289	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości stawu do 1/3 normy	5%
	290	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości w zakresie 1/3 - 2/3 normy	10%
	291	Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego i głowy kości promieniowej, zwichnięcie stawu – wygojone z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 normy	20%
	292	Całkowite zeszywnienie stawu łokciowego w wyniku jego złamań	30%
	293	Powikłania po złamaniu w stawie łokciowym: przewlekły stan zapalny, przetoki – dodatkowo	5%
	294	Utrata kończyny na wysokości stawu łokciowego	65%

Uwaga: W przypadku nałożenia się następstw urazu na uszkodzenie stawu o charakterze chorobowym lub skutki urazu przed ubezpieczeniem, wysokość uszkodzenia zostanie zmniejszona do połowy nominalnej wartości.

79	Uszkodzenia przedramienia		
	295	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka do 1/3 normy	5%
	296	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka w zakresie 1/3 – 2/3 normy	10%
	297	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia ograniczające ruchomość nadgarstka powyżej 2/3 normy	20%
	298	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z niewielkim zaburzeniem funkcji	5%
	299	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji	12%
	300	Złamanie trzonu jednej lub obu kości przedramienia wygojone z dużymi zaburzeniami funkcji	25%
	301	Izolowane uszkodzenie mięśni, ścięgien, naczyń w obrębie przedramienia z upośledzeniem funkcji	10%
	302	Powikłania po urazie przedramienia: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, staw rzekomy – dodatkowo	5%
	303	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
80	Uszkodzenia nadgarstka		
	304	Skręcenie, stłuczenie stawu nadgarstkowego z niewielkim zniekształceniem i/lub przewlekłym zespołem bólowym	2%
	305	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości do 1/3 zakresu normy	5%
	306	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	307	Złamania, zwichnięcia kości nadgarstka – z ograniczeniem ruchomości powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	308	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka w wyniku złamań stawu	30%
	309	Powikłania po uszkodzeniu nadgarstka: przewlekły stan zapalny kości, przetoki, ubytek tkanki kostnej, zmiany troficzne, zespół cieśni nadgarstka – dodatkowo	5%
	310	Utrata ręki w nadgarstku	55%

Uwaga: W przypadku współistniejących uszkodzeń nerwów, przy ocenie stopnia uszkodzenia z pozycji 271-308 dodatkowo uwzględnia się połowę wartości uszkodzenia przewidzianej za uszkodzenie nerwów całkowite lub częściowe w pkt. 14.

Uwaga: Maksymalna wartość uszkodzenia za uszkodzenia kończyny górnej nie może przekraczać wartości uszkodzenia za jej utratę na odpowiedniej wysokości. W przypadku nałożenia się następstw urazu na uszkodzenie stawu o charakterze chorobowym lub skutki urazu przed ubezpieczeniem, wysokość uszkodzenia zostanie zmniejszona do połowy nominalnej wartości.

81	Uszkodzenia śródreżca, kciuka		
	311	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z niewielkim upośledzeniem ruchomości palca	3%
	312	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka z umiarkowanym upośledzeniem ruchomości palca	6%
	313	Uszkodzenie ścięgien śródreżca lub kciuka ze znacznym upośledzeniem ruchomości palca	10%
	314	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: nieprzemieszczone i/lub bez ograniczenia ruchomości palców	2%
	315	Złamanie II, III, IV lub V kości śródreżca po wygojeniu: przemieszczone i/lub z ograniczeniem ruchomości palców	4%
	316	Wykręcenie w stawie śródreżca – paliczkowym lub międzypalczkowym kciuka z ograniczeniem ruchomości	3%
	317	Złamania i zwichnięcia I kości śródreżca – bez przemieszczenia i/lub ograniczenia ruchomości kciuka	3%
	318	Złamania i zwichnięcia I kości śródreżca – z przemieszczeniem utrwalonym i/lub z ograniczeniem ruchomości kciuka	5%
	319	Złamanie jednego paliczka kciuka: nieprzemieszczone, bez zaburzeń ruchomości	3%
	320	Złamanie jednego paliczka kciuka: trwale przemieszczone i/lub z ograniczeniem ruchomości	5%
	321	Utrata opuszki kciuka, trwała utrata płytki paznokciowej, powikłania neurologiczne lub naczyniowe	2%
	322	Utrata paliczka paznokciowego kciuka	6%
	323	Utrata paliczka paznokciowego z 1/3 paliczka podstawowego kciuka	10%
	324	Utrata obu paliczków lub bezużyteczność kciuka	20%
	325	Utrata obu paliczków kciuka z kością śródreżca	25%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
Uwaga: O stopniu zaburzeń czynności kciuka decyduje zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu. Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia kciuka wynosi 20%.			
82		Uszkodzenia palca wskazującego	
	326	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone bez przemieszczenia i bez trwałych zaburzeń ruchomości – za każdy paliczek	1,5%
	327	Złamanie jednego paliczka palca wskazującego wygojone z przemieszczeniem i trwałym ograniczeniem ruchomości – za każdy paliczek	3%
	328	Wykręcenie palca wskazującego – z ograniczeniem ruchomości	2%
	329	Utrata opuszki i/lub płytki paznokciowej palca wskazującego	2%
	330	Utrata paliczka palca wskazującego – za każdy paliczek	5%
	331	Utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%
	332	Niewielkie ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	3%
	333	Umiarkowane ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	6%
	334	Znaczne ograniczenie funkcji palca wskazującego spowodowane uszkodzeniem ścięgien	10%
	335	Powikłania neurologiczne, naczyniowe po uszkodzeniu palca wskazującego – dodatkowo	3%
	336	Bezużyteczność palca wskazującego	15%
Uwaga: Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca wskazującego wynosi 15%			
83		Uszkodzenia palca III, IV, V	
	337	Utrata paliczka palca III, IV, V za każdy paliczek	3%
	338	Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12%
	339	Złamanie paliczka palca III, IV, V – za każdy paliczek	2%
	340	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z niewielkim ograniczeniem ruchomości palca	1,5%
	341	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V z umiarkowanym ograniczeniem ruchomości palca	3%
	342	Wykręcenia, uszkodzenia ścięgien, zmiany nerwowe palca III, IV, V ze znacznym ograniczeniem ruchomości palca	5%
	343	Bezużyteczność palca granicząca z utratą – za każdy palec	10%
Uwaga: Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia palca III, IV, V wynosi 10% za każdy palec. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać 55%.			
L	MIEDNICA		
84		Pourazowe utrwalone rozejście się spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	
	344	Uszkodzenia niewielkiego stopnia – bez zaburzeń chodu	5%
	345	Uszkodzenia umiarkowanego stopnia – z zespołem bólowym i niewielkimi zaburzeniami chodu	10%
	346	Uszkodzenia znacznego stopnia – ze skróceniem kończyny ponad 3 cm i dużymi zaburzeniami chodu	25%
85		Złamania, zwichnięcia miednicy jedno- lub wielomiejscowe	
	347	Złamanie kości łonowej, kulszowej: jednostronne	5%
	348	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – bez zaburzeń chodu i statyki	10%
	349	Złamanie w odcinku przednim i tylnym miednicy (typ Malgaigne'a) – z zaburzeniami chodu i statyki	20%
	350	Złamanie izolowane – talerz biodrowy, kolec biodrowy, guz kulszowy	5%
	351	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie I° z niewielkim ograniczeniem funkcji	10%
	352	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie II° ze średnim ograniczeniem funkcji	15%
	353	Złamanie panewki stawu biodrowego lub zwichnięcie III° z dużym ograniczeniem funkcji	30%
M	KOŃCZYNA DOLNA		
86		Uszkodzenia biodra	
	354	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich do 1/3 zakresu normy	5%
	355	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich w zakresie 1/3-2/3 normy	10%
	356	Ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich powyżej 2/3 zakresu normy	30%
	357	Całkowite zeszywnienie stawu biodrowego	50%
	358	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami niewielkiego stopnia (deficyt ruchów do 1/3 zakresu normy, skrócenie kończyny do 2 cm, niewielkie zniekształcenie/przemieszczenie)	10%
	359	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami średniego stopnia (deficyt ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy, skrócenie od 2 do 4 cm, umiarkowane zniekształcenie/przemieszczenie)	20%
	360	Zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, szyjki, przezkrętarzowe, podkrętarzowe, krętarzy – wygojone ze zmianami dużego stopnia (deficyt ruchów powyżej 2/3 zakresu normy, skrócenie powyżej 4 cm, duże przemieszczenie/zniekształcenie, przewlekłe zapalenie kości, przetoki)	40%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	361	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości umiarkowanym	20%
	362	Następstwa urazów stawu biodrowego leczone protezoplastyką z ograniczeniem ruchomości znacznym	40%
	363	Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	80%
Uwaga: W przypadku nałożenia się następstw urazu na uszkodzenie stawu o charakterze chorobowym lub skutki urazu przed ubezpieczeniem – wysokość uszczerbku zostanie zmniejszona do połowy nominalnej wartości.			
87		Uszkodzenia uda	
	364	Złamanie kości udowej – z niewielkimi zmianami	7%
	365	Złamanie kości udowej – ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, umiarkowanym upośledzeniem chodu	15%
	366	Złamanie kości udowej – z ograniczeniem ruchów w stawach sąsiednich – z ciężkimi zmianami, zapaleniem kości, przetokami, skróceniem kończyny ponad 6 cm, znacznym upośledzeniem chodu	30%
	367	Utrwalone ubytki kości udowej, stawy rzekome, zapalenie kości, przetoki uniemożliwiające obciążanie kończyny	50%
	368	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcję kończyny w stopniu niewielkim	2%
	369	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcję kończyny w stopniu umiarkowanym	5%
	370	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich uda zaburzające funkcję kończyny w stopniu znacznym	10%
	371	Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe, zmiany troficzne uda- z trwałymi zaburzeniami funkcji	12%
	372	Utrata kończyny na poziomie 1/3 bliższej	70%
Uwaga: Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia uda wynosi 70%.			
88		Uszkodzenia kolana	
	373	Izolowane złamanie i/lub zwichnięcie rzepki, bez ograniczeń ruchomości stawu	2%
	374	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – małe koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów do 1/3 zakresu normy	5%
	375	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – średnie koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów od 1/3 do 2/3 zakresu normy	10%
	376	Złamanie nasad kości i rzepki tworzących staw kolanowy – duże koślawości, szpotawości, ograniczenie ruchów powyżej 2/3 zakresu normy	20%
	377	Pełne zeszywnienie stawu kolanowego w następstwie złamań nasad tworzących staw kolanowy	30%
	378	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa I°	5%
	379	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – jednopłaszczyznowa II° lub dwupłaszczyznowa I°	10%
	380	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa niestabilność II°	15%
	381	Uszkodzenie aparatu więzadłowo-torebkowego – niestabilność wielopłaszczyznowa II° lub III°	20%
	382	Inne skutki urazów stawu kolanowego – uszkodzenia łąkotek, nawracające stany zapalne, chondromalacja – w zależności od stopnia uszkodzenia	1%-5%
	383	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	60%
Uwaga: W przypadku nałożenia się następstw urazu na uszkodzenie stawu o charakterze chorobowym lub skutki urazu przed ubezpieczeniem, wysokość uszczerbku zostanie zmniejszona do połowy nominalnej wartości.			
89		Uszkodzenia podudzia	
	384	Złamanie kości podudzia – wygojone bez przemieszczeń i zniekształceń, z ograniczeniem ruchomości w stopniu niewielkim	5%
	385	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny do 3 cm, ograniczeniem ruchomości w stopniu umiarkowanym	10%
	386	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, ze skróceniem kończyny od 3 cm do 6 cm, z ograniczeniem ruchomości w stopniu znacznym	20%
	387	Złamanie kości podudzia – z przemieszczeniami, zniekształceniami, zmianami wtórnymi – ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z dużym upośledzeniem chodu	30%
	388	Izolowane złamanie strzałki bez kostki bocznej	3%
	389	Zakrzepica żył głębokich wklajająca gojenie urazów podudzia	5%
	390	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia– z niewielkim ograniczeniem ruchomości stopy	5%
	391	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia – ze średnim ograniczeniem ruchomości stopy	10%
	392	Uszkodzenie tkanek miękkich, ścięgna Achillesa, innych ścięgien podudzia– ze znacznym ograniczeniem ruchomości stopy	20%
	393	Utrata podudzia	50%
Uwaga: Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia podudzia wynosi 70%.			
90		Uszkodzenia stopy i stawów skokowych	
	394	Skręcenie stawu skokowego – z przewlekłym, niewielkim obrzękiem i/lub dyskretną dysfunkcją	2%

Punkt	Kod uszczerbku	Nazwa uszczerbku na zdrowiu	Procent uszczerbku
	395	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – z niewielkim ograniczeniem ruchomości	5%
	396	Uszkodzenie stawu skokowego w następstwie wykręceń, zwichnięć, złamań kości, zranień, blizn – ze średnim ograniczeniem ruchomości	10%
	397	Uszkodzenia stawu skokowego w następstwie złamania kości tworzących staw, wykręceń, zwichnięć, zranień, ciał obcych i blizn ze znacznym ograniczeniem ruchomości	20%
	398	Powikłania po uszkodzeniu stawu skokowego: zapalenie kości, stawów, przetoki, martwica aseptyczna, zmiany neurologiczne - dodatkowo	5%
	399	Złamanie kości piętowej lub skokowej bez przemieszczeń – wygojone bez istotnych zaburzeń funkcji	3%
	400	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości - niewielkiego stopnia	5%
	401	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – średniego stopnia	10%
	402	Złamanie kości piętowej, skokowej lub kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniem, ograniczeniem ruchomości – znacznego stopnia	20%
	403	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone bez przemieszczeń	3%
	404	Złamanie jednej kości śródstopia – wygojone z przemieszczeniami i/lub zaburzeniami funkcji	5%
	405	Inne trwale zmiany dynamiki stopy (bez stawu skokowego) – w następstwie skręceń, uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-5%
	406	Utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25%
	407	Utrata kości piętowej lub skokowej w całości	30%
	408	Utrata stopy w całości	40%

Uwaga: Maksymalna wysokość uszczerbku z tytułu uszkodzenia stopy wynosi 40%. W przypadku nałożenia się następstw urazu na uszkodzenie stawu o charakterze chorobowym lub skutki urazu przed ubezpieczeniem, wysokość uszczerbku zostanie zmniejszona do połowy nominalnej wartości.

91	Uszkodzenia palców stopy		
	409	Złamanie jednego paliczka, utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej palucha	1%
	410	Utrata paliczka paznokciowego palucha	3%
	411	Utrata całego palucha	7%
	412	Utrata palucha wraz z kością śródstopia	15%
	413	Inne trwale zaburzenia funkcji palucha w następstwie uszkodzeń ścięgien, nerwów, naczyń	1-6%
	414	Trwała utrata płytki paznokciowej palców II-V – za jeden palec	0,5%
	415	Złamania, niewielkie trwale uszkodzenia, częściowa utrata palców od II do V – za jeden palec	1%
	416	Znaczne trwale uszkodzenia i całkowita utrata palców od II do V – za jeden palec	2%
	417	Utrata jednego z palców II-V z kością śródstopia – za każdy palec	8%

N	SKÓRA		
92	Blizny		
	418	Blizny skóry od 3 cm do 10 cm długości, z wyłączeniem blizn pooperacyjnych	1%
	419	Blizny skóry powyżej 10 cm długości, z wyłączeniem blizn pooperacyjnych	5%

Uwaga: Ocenie podlegają wyłącznie blizny będące bezpośrednim następstwem urazu. Blizny pooperacyjne oceniane są razem ze skutkami urazu w ramach pozycji Tabeli właściwych dla tych następstw.

93	Następstwa oparzeń skóry powyżej stopnia IIa		
	420	Następstwa oparzeń skóry owłosionej głowy za każdy 1% powierzchni ciała (TBSA)	3%
	421	Następstwa oparzeń skóry twarzy za każdy 1% powierzchni ciała (TBSA)	5%
	422	Następstwa oparzeń skóry szyi za każdy 1% powierzchni ciała (TBSA)	2%
	423	Następstwa oparzeń skóry klatki piersiowej, brzucha, pośladków za każdy 1% powierzchni ciała (TBSA)	1%
	424	Następstwa oparzeń kończyn górnych (bez rąk) i kończyn dolnych za każdy 1% powierzchni ciała (TBSA)	1%
	425	Następstwa oparzeń rąk za każdy 1% powierzchni ciała (TBSA)	3%

Uwaga: Ocenie z pozycji 420-425 podlegają wyłącznie skutki oparzeń w stopniu wyższym niż IIa. Trwale zaburzenia funkcji narządów lub kończyn w wyniku oparzenia należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli, najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

O	SKUTKI NAGŁEGO DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH, BIOLOGICZNYCH		
94	Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych		
	426	Skutki nagłego działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych (z utratą przytomności, reakcją anafilaktyczną, koniecznością hospitalizacji)	5%

Uwaga: Trwale zaburzenia funkcji narządów lub układów w wyniku działania czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych należy oceniać według odpowiednich pozycji Tabeli najwcześniej po upływie 6 miesięcy od daty zdarzenia.

ZAŁĄCZNIK NR 3 - TABELA POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

- amputacja kończyn** – pourazowa utrata kończyny w miejscu wypadku lub zabieg operacyjny polegający na odjęciu kończyny wskutek choroby lub wypadku – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – musi dotyczyć jednocześnie co najmniej dwóch kończyn: na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej, na poziomie nadgarstka lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
- bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, powodujące zaburzenia funkcji mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego;
- choroba Alzheimera** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie odpowiednich testów klinicznych i kwestionariuszy potwierdzających istnienie trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie oraz myślenie abstrakcyjne), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji ¹⁾. Przypadki otępienia, czy innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób, w tym zaburzeń psychicznych, AIDS lub nadużywania alkoholu oraz narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- choroba Creutzfeldta-Jacoba** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego prowadząca do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej, powodująca szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wyniki badań EEG i badań obrazowych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji ¹⁾;
- choroba Leśniowskiego-Crohna** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, prowadząca do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca w trakcie leczenia wykonania częściowej resekcji jelita cienkiego podczas co najmniej dwóch operacji przeprowadzonych podczas odrębnych hospitalizacji; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;
- choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne)** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, prowadzących do zaburzeń motoryki, istniejących nieprzerwanie przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy;
- choroba Parkinsona** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji ¹⁾, przy równoczesnym potwierdzeniu na podstawie obiektywnych objawów, że choroba ma charakter postępujący i nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu. Przypadki zespołu Parkinsona wywołanego przez czynniki toksyczne lub spowodowane nadużywaniem leków lub alkoholu nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- ciężka sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mm Hg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch narządów i układów spośród takich jak: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątroba. Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze. Obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- dystrofia mięśniowa** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń

ich funkcji – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji ¹⁾;

10. gruźlica – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: oplucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego. Pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;

11. łagodny nowotwór mózgu – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – zagrażający życiu, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy. Napady padaczkowe nie stanowią trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu niniejszej definicji. Istnienie guza musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa lub lekarza specjalistę neurochirurga badaniami obrazowymi, takimi jak tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, zmiany w obrębie rdzenia kręgowego oraz guzy przysadki o średnicy poniżej 10 mm, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

12. niedokrwistość aplastyczna (aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przebiegająca ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc. (dwadzieścia pięć procent), potwierdzona przez lekarza specjalistę hematologa na podstawie uwzględnienia minimum dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:

- całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
- liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
- liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.

Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 (trzech) kolejnych miesięcy przetaczaniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u ubezpieczonego został wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi. Przejściowe lub odwracalne postaci niedokrwistości aplastycznej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

13. niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitą, nieodwracalną i nie rokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – z towarzyszącymi bezwzględными wskazaniami do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii, przy czym fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa. Ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

14. nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicza się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę, nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii. Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:

- wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, Seventh Edition TNM Classification),
- wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
- nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,

- d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0MO według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniaki i mięsaki Kaposiego;
15. **operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftelem, przy czym za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Operacje wykonywane przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze polegające na wprowadzeniu stentu do aorty nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 16. **operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wykonana w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję, na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę neurochirurga. Operacje mózgu wykonywane z powodu urazów nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 17. **operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna wymagająca wykonania sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym, przeprowadzona na podstawie wskazań ustalonych przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza specjalistę kardiochirurga;
 18. **operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, w tym również wykonana przy użyciu metod chirurgicznych stosujących mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca, przy czym konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza specjalistę kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych;
 19. **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, zaś jej wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby potwierdzonym opinią lekarza specjalisty kardiologa. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa (PTCA), ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 20. **porażenie kończyn** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji kończyny – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą, nie rokująca poprawy i występująca przez okres minimum 3 (trzech) miesięcy, rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa. Wszystkie przypadki osłabienia siły mięśni przejawiające się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 21. **postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę reumatologa lub lekarza specjalistę dermatologa na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.
Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:
 - a) zlokalizowane postacie sklerodermy (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),
 - b) eozynofilowe zapalenia powięzi,
 - c) zespół CREST;
 22. **postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, prowadząca do całkowitego unieruchomienia chorego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym w oparciu o wystąpienie stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy;

23. **pourazowe uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, powodujące wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych, w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji¹⁾, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa w oparciu o obraz tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji:

- a) uszkodzenia rdzenia kręgowego,
 - b) zaburzenia czynności lub uszkodzenia mózgu nie będące bezpośrednim następstwem nieszczęśliwego wypadku lub będące skutkiem jakiegokolwiek choroby, w tym występujące nagle,
 - c) sytuacje, gdy do powstania nieszczęśliwego wypadku, doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia ubezpieczonego;
24. **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, będący najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby, podczas którego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – ubezpieczonemu jako biorcy zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego, zastosowanie komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy, stanowi poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji. Stanowi je również fakt zakwalifikowania na listę biorców oczekujących na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Przeszczepy innych narządów niż wymienione powyżej, a także przeszczepy wysp trzustkowych oraz przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, poza przypadkiem opisanym powyżej, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
 25. **rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20 proc. (dwadzieścia procent) powierzchni ciała, rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi;
 26. **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące znaczne obniżenie wydolności oddechowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzone przez lekarza specjalistę pulmonologa na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich niżej wymienionych kryteriów:
 - a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w 3 (trzech) kolejnych badaniach wykonanych w odstępie 1 (jednego) miesiąca,
 - b) konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mm Hg ($pO_2 < 55$ mm Hg),
 - d) występowanie duszności spoczynkowej;
 27. **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona przez lekarza specjalistę gastroenterologa, przebiegająca z występowaniem co najmniej jednego z poniższych objawów:
 - a) trwała żółtaczka,
 - b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - c) encefalopatia wrotna,
 - d) żylaki przełyku.

Niewydolność wątroby będąca skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

28. **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przejawiająca się zespołem mnogich ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 (sześć) miesięcy, potwierdzona ostatecznym rozpoznaniem postawionym przez lekarza specjalistę neurologa oraz poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;

29. **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne, trwający w sposób ciągły – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagający przez okres co najmniej 96 (dziewięćdziesięciu sześciu) godzin intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia, którego skutkiem musi być dodatkowo zaistnienie potwierdzonego przez lekarza specjalistę neurologa trwałego ubytku neurologicznego, nie rokującego możliwości poprawy. Śpiączka farmakologiczna oraz śpiączka wynikająca ze spożycia alkoholu

lub innych substancji odurzających nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

30. **teżecz** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę teżca (Clostridium tetani) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylny antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwteżcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:

- a) bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękoscisk lub uśmiech sardoniczny),
- b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
- c) uogólnione skurcze

oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek teżca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny teżcowej w surowicy krwi;

31. **toczeń trzewny układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona ostatecznie przez lekarza specjalistę na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, obejmujących odchylenia w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecności przeciwciał przeciwdrożdżowych w surowicy krwi, a także stwierdzenia zmian w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolności nerek przejawiających się:

- a) stałymi zaburzeniami neurologicznymi ze strony ośrodkowego układu nerwowego pod postacią zaburzeń motorycznych lub sensorycznych utrzymujących się przez minimum 6 (sześć) miesięcy; objawy występujące tylko okresowo, w postaci bólu głowy, zaburzeń psychicznych nie są uważane za „stałe zaburzenia neurologiczne”,
- b) stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.

Toczeń rumieniowaty układowy polekowy i toczeń rumieniowaty krążkowy nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

32. **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a) nagle wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
- b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres co najmniej 3 (trzech) miesięcy od chwili rozpoznania schorzenia,
- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawał mózgu lub krwawienie śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych, patologie naczyń krwionośnych powodujące zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) oraz jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

33. **usunięcie płuca (pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna wymagająca otwarcia klatki piersiowej – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – polegająca na usunięciu całego płuca wskutek konieczności wynikającej z choroby lub urazu. Operacje polegające na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu) nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

34. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 (sześć) kolejnych miesięcy, rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę laryngologa lub lekarza specjalistę neurologa. Przypadki choroby spowodowane zaburzeniami psychicznymi nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

35. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę laryngologa na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

36. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – spowodowana chorobą lub wypadkiem, potwierdzona przez lekarza specjalistę okulistę. Przypadki choroby możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

37. **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – stwierdzona przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 (trzy) miesiące od daty początku choroby. Przypadki choroby spowodowane wirusem HIV nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

38. **wrzodzące zapalenie jelita grubego** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, z towarzyszącą krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – wymagająca całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna), rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego;

39. **zakażenie wirusem HIV/zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba charakteryzująca się wyniszczeniem układu immunologicznego (odpornościowego) – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – potwierdzona pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, będąca wynikiem przetoczenia krwi/preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:

- a) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
- b) przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych miało miejsce po zawarciu pierwszej umowy dodatkowej lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej umowie dodatkowej o niniejsze poważne zachorowanie,
- c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 (sześciu) miesięcy od daty przetoczenia,
- d) krew/preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
- e) ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilie.

Przypadki zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/preparatów krwiopochodnych, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków, nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

40. **zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego – w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – rozpoznana w oparciu o stwierdzenie 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 współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy schorzenia w postaci bólu w klatce piersiowej,
- 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.

Epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) oraz wszelkie inne postacie ostrych incydentów wieńcowych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;

¹⁾ Trwała utrata możliwości samodzielnej egzystencji – stan choroby wyrażający się niemożnością wykonywania, przez okres minimum 6 (sześć) miesięcy, przynajmniej 3 (trzech) z wymienionych poniżej czynności życia codziennego:

- a) kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznicy) lub satysfakcjonujące umycie się w inny sposób,
- b) ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
- c) przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
- d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadawalającego poziomu higieny osobistej,
- e) odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku.

ZAŁĄCZNIK NR 4 – WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH

I. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE TYPU A

UKŁAD NERWOWY			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
1	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią	2 640 zł
2	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem	3 570 zł
3	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	2 290 zł
4	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	3 210 zł
5	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	8 190 zł
6	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją	2 290 zł
7	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	8 190 zł
8	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	3 440 zł
9	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	3 890 zł
10	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczony operacyjnie	2 810 zł
11	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	3 210 zł
12	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	8 190 zł
13	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	3 890 zł
14	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	3 890 zł
15	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	3 440 zł

NARZĄD WZROKU			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
16	5 lat/5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	2 340 zł

OTOLARYNGOLOGIA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
17	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	3 960 zł
18	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	4 570 zł

UKŁAD ODDECHOWY			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
19	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie	2 000 zł
20	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej	2 000 zł
21	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie	2 970 zł
22	5 lat/5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	2 810 zł
23	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie	2 970 zł
24	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie	2 970 zł
25	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	20 000 zł

UKŁAD KRAŻENIA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
26	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznacyniową plastiką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	2 310 zł
27	5 lat/18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastiką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	4 030 zł
28	5 lat/18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	6 340 zł

UKŁAD KRAŻENIA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
29	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	3 000 zł
30	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	4 290 zł
31	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera-defibrylatora	4 950 zł
32	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	4 290 zł
33	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	2 390 zł
34	5 lat/18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	2 390 zł
35	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	5 120 zł
36	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	4 950 zł
37	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu)	6 490 zł
38	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	3 240 zł
39	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastiką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	3 300 zł
40	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdziennej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	5 500 zł
41	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	5 500 zł
42	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki	7 970 zł
43	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki	6 600 zł
44	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	20 000 zł

UKŁAD POKARMOWY			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
45	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie	2 840 zł
46	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie	2 150 zł
47	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	2 970 zł
48	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	3 550 zł
49	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie	2 620 zł
50	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie	2 840 zł
51	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytnicowego)	2 970 zł
52	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytnicowego)	3 550 zł
53	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytnicowy leczony operacyjnie	2 840 zł
54	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie	3 700 zł
55	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie	2 810 zł
56	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie	2 760 zł
57	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie	3 700 zł
58	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie	4 360 zł
59	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia	2 550 zł
60	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie	3 700 zł
61	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	20 000 zł

NARZĄD RUCHU			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
62	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	3 110 zł
63	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	3 300 zł

NARZĄD RUCHU			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
64	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	7 260 zł
65	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	2 720 zł
66	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie	2 810 zł
67	5 lat/18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie	2 810 zł
68	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	3 630 zł
69	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	4 290 zł
70	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 080 zł
71	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	6 080 zł
72	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	4 620 zł
73	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	7 530 zł
74	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	3 140 zł
75	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	2 810 zł
76	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	2 810 zł
77	5 lat/5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	3 680 zł
78	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczone operacyjnie	3 500 zł

SKÓRA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
79	5 lat/5 lat	Owrodzenie podudzi leczone operacyjnie (z wyłączeniem owrzodzeń w przebiegu cukrzycy)	2 970 zł
80	5 lat/5 lat	Owrodzenie podudzi w przebiegu cukrzycy leczone operacyjnie	3 960 zł

ENDOKRYNOLOGIA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
81	5 lat	Choroba przysadki leczona operacyjnie	3 800 zł
82	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczona operacyjnie	2 400 zł
83	5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczone operacyjnie	2 450 zł

UKŁAD MOCZOWY			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
84	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego, przetok i gruźlicy układu moczowego)	2 340 zł
85	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	2 810 zł
86	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczone operacyjnie	2 780 zł
87	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczone operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi	3 470 zł
88	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczone operacyjnie	3 470 zł
89	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki	6 600 zł

MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
90	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczone operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	2 000 zł
91	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczone operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	2 460 zł

ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
92	5 lat/5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczone operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 020 zł
93	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczone operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	2 000 zł
94	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczone operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	2 810 zł

HEMATOLOGIA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
95	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	11 550 zł
96	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku	11 550 zł

TRAUMATOLOGIA			
L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
97	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	2 670 zł
98	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	7 260 zł
99	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	3 340 zł
100	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczone operacyjnie	3 300 zł
101	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczone operacyjnie	3 960 zł
102	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczone operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	4 950 zł

II. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE TYPU B

L.p.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Postępowania medyczne	Wysokość świadczenia
103	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	5 280 zł
104	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	4 620 zł
105	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	4 290 zł
106	5 lat/5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	4 950 zł

5 lat – 5 lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa - po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego - na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne

5 lat/18 mies. – 5 lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa - po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego - na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne dotyczące tej samej struktury wielokrotnie występującej i 18 miesięcy ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa na wypłatę świadczenia związanego z taką samą strukturą, anatomicznie inaczej położoną

5 lat/5 lat – 5 lat ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa - po wypłacie świadczenia z tytułu opisanego postępowania medycznego - na wypłatę świadczenia za takie samo postępowanie medyczne, liczonych odrębnie dla lewego i prawego z narządów położonych symetrycznie

III. LIMIT WYPŁAT

L.p.		Wysokość świadczenia
107	Limit wypłat	20 000 zł

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Tymczasowej Umowy Ubezpieczenia na Życie (TUU/JT/9/2018)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1



OGÓLNE WARUNKI TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
(TUU/JT/9/2018)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych ze spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

§ 1.
DEFINICJE

Ilekcroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie tymczasowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **docelowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie:
 - a) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO (główna umowa ubezpieczenia) lub ogólnych warunków dodatkowych umów ubezpieczenia (dodatkowe umowy ubezpieczenia) zawieranych łącznie z główną umową ubezpieczenia i stanowiących jej uzupełnienie
 - albo
 - b) ogólnych warunków dodatkowych umów ubezpieczenia zawieranych w czasie trwania głównej umowy ubezpieczenia wskazanej w ppkt a
 - albo
 - c) ogólnych warunków dodatkowych umów ubezpieczenia zawieranych w czasie trwania umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PERSPEKTYWA, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego PLUS, Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego albo Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Kapitalna Przyszłość (główna umowa ubezpieczenia)
 - albo
 - d) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Pakiet JA;

- 3) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 4) **OWU** – ogólne warunki ubezpieczenia regulujące docelową umowę ubezpieczenia;
- 5) **tymczasowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 6) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera tymczasową umowę ubezpieczenia;
- 7) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia dotyczy tymczasowa umowa ubezpieczenia;
- 8) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia docelowej umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa;
- 9) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 10) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
z siedzibą w Warszawie

infolinia: +48 22 557 44 44

e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl

11) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:

- a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
- lub
- b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
- lub
- c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;

12) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci.
4. Jeżeli śmierć ubezpieczonego jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo dodatkowo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego równe sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego wskazane w § 2 ust. 4 nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce:

- 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużycia przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
- 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- 3) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
- 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
- 5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.

§ 4.

ZAWARCIE TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zawarcie tymczasowej umowy ubezpieczenia następuje poprzez złożenie przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcie tej oferty przez Towarzystwo.
2. Ofertą zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia jest wniosek ubezpieczeniowy. Towarzystwo przyjmuje wniosek ubezpieczeniowy po uprzednim

stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.

3. Tymczasowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na rachunek ubezpieczonych, których życia lub zdrowia dotyczy docelowa umowa ubezpieczenia. Jeżeli na jednym formularzu wniosku ubezpieczeniowego został złożony wniosek o zawarcie kilku docelowych umów ubezpieczenia na rachunek tego samego ubezpieczonego, wtedy na jego rachunek jest zawierana jedna tymczasowa umowa ubezpieczenia.
4. Datą zawarcia tymczasowej umowy ubezpieczenia jest dzień, w którym agent ubezpieczeniowy Towarzystwa przyjął ofertę ubezpieczającego.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu od następnego dnia po zawarciu tymczasowej umowy ubezpieczenia na jego rachunek, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu składki ubezpieczeniowej z tytułu tymczasowej umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu do dnia rozwiązania tymczasowej umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek.

§ 6.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest równa sumie składek zapłaconych tytułem docelowej umowy ubezpieczenia zawieranej na rachunek danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2. Jeżeli wraz z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie docelowej umowy ubezpieczenia wpłacono składkę z przeznaczeniem na rachunek dedykowany albo rachunek lokacyjny, to składka ta zwiększa sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego będącego ubezpieczonym w głównej umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli docelowa umowa ubezpieczenia miała zostać zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO w wersji z dwójgiem ubezpieczonych (nie licząc ubezpieczonego dziecka), to w razie śmierci jednego z tych ubezpieczonych suma ubezpieczenia jest równa sumie składek zapłaconych tytułem docelowej umowy ubezpieczenia, zaś w razie śmierci obojga tych ubezpieczonych suma ubezpieczenia jest równa połowie sumy tych składek, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli wraz z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie docelowej umowy ubezpieczenia wpłacono składkę z przeznaczeniem na rachunek lokacyjny, to składka ta zwiększa sumę ubezpieczenia w razie śmierci jednego z ubezpieczonych, zaś połowa tej składki zwiększa sumę ubezpieczenia w razie śmierci obojga ubezpieczonych.

3. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosi:
 - 1) 35 000 (trzydzieści pięć tysięcy) złotych – jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci miał ukończone 18 (osiemnaście) lat;
 - 2) 7 000 (siedem tysięcy) złotych – jeżeli ubezpieczony w dniu śmierci nie miał ukończonych 18 (osiemnastu) lat.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu tymczasowej umowy ubezpieczenia jest równa składce z tytułu docelowej umowy ubezpieczenia, jaka została określona we wniosku ubezpieczeniowym.
2. Do opłacenia składki ubezpieczeniowej stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
3. Jeżeli docelowa umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, wtedy Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu zapłaconą przez niego składkę, z zastrzeżeniem zdań następnych. Zwrot składki nie nastąpi, gdy jest uzasadniona wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego. Składka nie zostanie zwrócona także wtedy, gdy wniosek ubezpieczeniowy dotyczył zawarcia docelowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 1 pkt 2 ppkt b, a na dzień wystawienia przez Towarzystwo polisy potwierdzającej jej zawarcie istniały jakiegokolwiek zaległe składki należne tytułem głównej umowy ubezpieczenia lub wcześniej zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia. Zwrot składki nie nastąpi, jeżeli tak stanowią OWU.

§ 8.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego jest wypłacane osobom, które w ramach docelowej umowy ubezpieczenia są lub byłyby uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w częściach, w jakich tym osobom jest lub byłoby należne to świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Jeżeli docelowa umowa ubezpieczenia miała zostać zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO, wówczas świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego jest wypłacane uposażonemu, a jeżeli uposażony nie został wskazany, wtedy przypada ono osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 9.

ROZWIĄZANIE TYMCZASOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od tymczasowej umowy ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, tymczasowa umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek danego ubezpieczonego rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:
 - 1) z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu na podstawie docelowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) z dniem otrzymania przez ubezpieczającego oświadczenia Towarzystwa o odmowie zawarcia docelowej umowy ubezpieczenia na rachunek tego ubezpieczonego,
 - 3) z dniem wniesienia przez ubezpieczającego sprzeciwu wobec propozycji Towarzystwa zawarcia docelowej umowy ubezpieczenia na rachunek tego ubezpieczonego na warunkach odbiegających od treści złożonej przez niego oferty,
 - 4) 60 (sześćdziesiątego) dnia od jej zawarcia, a jeżeli termin ten został przedłużony przez Towarzystwo, to ostatniego dnia nowego terminu.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych i zwolnień podatkowych w tym zakresie regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ich kolejne nowelizacje.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 12 stycznia 2018 roku i weszły w życie 20 stycznia 2018 roku.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
z siedzibą w Warszawie

infolinia: +48 22 557 44 44

e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWY:

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia

„POMOC MEDYCZNA I DOMOWA DLA MNIE” Nr ASS/PJA/4/2017

	Rodzaj informacji/postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 3 § 3 § 7
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 18 (komentarz), ust. 28, pkt. K (komentarz), pkt. N (komentarz) § 4–6 § 8–10 § 13 ust. 3–5



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „POMOC MEDYCZNA I DOMOWA DLA MNIE” Nr ASS/PJA/4/2017

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „POMOC MEDYCZNA I DOMOWA DLA MNIE” Nr ASS/PJA/4/2017 (zwanych dalej: OWU), UBEZPIECZYCIEL, udziela osobom wskazanym poniżej tj. UCZESTNIKOWI oraz DZIECKU ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - POMOC MEDYCZNA;
 - POMOC W DOMU.
- Usługi wymienione w OWU (dalej: USŁUGI ASSISTANCE) w ramach ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez UBEZPIECZYCIELĄ są świadczone za pośrednictwem CENTRUM OPERACYJNEGO.
- Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie OWU jest udzielana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- W OWU wielkimi literami zostały zapisane pojęcia zdefiniowane oraz nazwy przysługujących USŁUG ASSISTANCE.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez UCZESTNIKA, UBEZPIECZAJĄCY jest zobowiązany doręczyć UCZESTNIKOWI niniejsze OWU przed wyrażeniem zgody przez UCZESTNIKA na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.
- UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem UBEZPIECZAJĄCEGO przekazuje na piśmie osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Informacje te mogą być przekazane na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.

§ 2. DEFINICJE

- AKT WANDALIZMU – umyślne zniszczenie lub uszkodzenie UBEZPIECZONEGO MIENIA przez osobę trzecią.
- CENTRUM OPERACYJNE – AWP Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B (02-672), której UCZESTNIK lub inna osoba działająca w jego imieniu jest zobowiązana zgłosić szkodę pod numerem telefonu: 22 591 95 79 lub 22 281 95 79.
- CHOROBA PRZEWLEKŁA – zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową stan chorobowy UCZESTNIKA, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem; choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
- DZIECKO – własne lub przysposobione dziecko UCZESTNIKA będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletności, które w dniu ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO ma nie więcej niż 18 lat.
- HOSPITALIZACJA – będący skutkiem NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU lub NAGŁEGO ZACHOROWANIA nieprzerwany pobyt UCZESTNIKA lub DZIECKA lub WSPÓŁMAŁŻONKA w szpitalu trwający dłużej niż jeden dzień; w rozumieniu OWU dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym UCZESTNIK lub DZIECKO lub WSPÓŁMAŁŻONEK przebywał w szpitalu, niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w księdze głównej, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala.
- INDYWIDUALNA UMOWA UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE – zawarta z UBEZPIECZAJĄCYM na rzecz osoby fizycznej umowa ubezpieczenia Pakiet JA.
- LEKARZ CENTRUM OPERACYJNEGO – lekarz konsultant CENTRUM OPERACYJNEGO.
- LEKARZ PROWADZĄCY LECZENIE – lekarz prowadzący leczenie UCZESTNIKA lub DZIECKA, niebędący OSOBĄ BLISKĄ UCZESTNIKA, ani LEKARZEM CENTRUM OPERACYJNEGO.
- MIEJSCE ZAMIESZKANIA – wskazany przez UCZESTNIKA adres jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- NAGŁE ZACHOROWANIE – powstały w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający życiu lub zdrowiu UCZESTNIKA lub DZIECKA wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
- NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK – powstałe w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego UCZESTNIK lub WSPÓŁMAŁŻONEK lub DZIECKO niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
- OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ – wskazany w OWU okres, na jaki udzielono ochrony ubezpieczeniowej UCZESTNIKOWI.
- OSOBA BLISKA UCZESTNIKA – WSPÓŁMAŁŻONEK, DZIECKO wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego.
- OSOBA NIESAMODZIELNA – OSOBA BLISKA UCZESTNIKA, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki, wykonywanej przez UCZESTNIKA.
- PLACÓWKA MEDYCZNA – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- SILA WYŻSZA – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez UBEZPIECZYCIELĄ lub opóźnienie zgłoszenia ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w CENTRUM OPERACYJNYM.
- SPRZĘT REHABILITACYJNY – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie.

Komentarz:

SPRZĘT REHABILITACYJNY to wyłącznie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kolnierze, rowerek rehabilitacyjny, walek, półwalek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebitych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka łędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.

TRANSPORT MEDYCZNY – transport zapewniony UCZESTNIKOWI przez CENTRUM OPERACYJNE, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia, według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.

Komentarz:

Za TRANSPORT MEDYCZNY nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.

- TRUDNA SYTUACJA LOSOWA – urodzenie martwego dziecka lub poronienie przez UCZESTNIKA lub WSPÓŁMAŁŻONKA; śmierć: DZIECKA, WSPÓŁMAŁŻONKA, rodzica UCZESTNIKA lub rodzica WSPÓŁMAŁŻONKA, a także ciężkie zachorowanie ww. osób lub samego UCZESTNIKA.
- UBEZPIECZAJĄCY – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą przy ul. Inflanckiej 4B, 00-189 Warszawa.
- UBEZPIECZONE MIENIE – rzeczy ruchome znajdujące się w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.
- UBEZPIECZYCIEL – AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa.
- UCZESTNIK – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, która złożyła oświadczenie o wyrażeniu zgody na przystąpienie do UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA na warunkach określonych w § 11.
- UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA – grupowa umowa ubezpieczenia regulowana niniejszymi OWU.

- USŁUGI ASSISTANCE – usługi polegające na udzieleniu pomocy UCZESTNIKOWI lub DZIECKU, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
- WSPÓŁMAŁŻONEK – osoba, która z UCZESTNIKIEM pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba fizyczna wskazana przez UCZESTNIKA żyjąca z nim w jednym gospodarstwie domowym i pozostająca z nim w związku partnerskim.
- ZABURZENIE PSYCHICZNE – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
- ZDARZENIE LOSOWE – zdarzenie, które wystąpiło w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ w MIEJSCU ZAMIESZKANIA, uprawniające UCZESTNIKA, do skorzystania z USŁUG ASSISTANCE z zakresu POMOC W DOMU. Za zdarzenie uważa się:
 - DYM I SADZĘ – nagłe, niszczące oddziaływanie produktów spalania, niewywołane celowo przez UCZESTNIKA;
 - GRAD – opady atmosferyczne składające się z bryłek lodu;
 - HURAGAN – wiatr o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/s (63 km/h), potwierdzony przez Instytut Meteorologii i Gospodarki Wodnej znajdujący się najbliższej MIEJSCA ZAMIESZKANIA;
 - KRADZIEŻ Z WŁAMANIEM – czyn zabroniony, określony w art. 279 Kodeksu karnego;
 - LAWINA – gwałtowne zsuwanie lub staczanie mas śniegu, lodu, gleby, kamieni ze stoków górskich;
 - NAWALNY OPAD ŚNIEGU – opad atmosferyczny, który swoim ciężarem spowodował uszkodzenie lub pod wpływem swojego ciężaru spowodował przewrócenie się mienia sąsiedniego na UBEZPIECZONE MIENIE i doprowadził do jego uszkodzenia;
 - OSUNIĘCIE ZIEMI – ruchy podłoża, w wyniku których dochodzi do zapadania lub osunięcia ziemi;
 - POWÓDŹ – zalanie terenu lub podłoża, które powstało w następstwie wystąpienia z brzegów wód powierzchniowych lub nadmiernych opadów atmosferycznych w MIEJSCU ZAMIESZKANIA, pomimo prawidłowo zaprojektowanego i sprawnego systemu odprowadzania wody;
 - POŻAR – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i mógł rozprzestrzenić się o własnej sile;
 - PRZEPIĘCIE PRĄDU – nagły i krótkotrwały wzrost napięcia prądu wyższego od znamionowego dla elektrycznych: urządzeń, instalacji, sieci, linii;
 - STŁUCZENIE SZYB – rozbitcie nieuszkodzonych w chwili przyjęcia do ubezpieczenia szyb i innych przedmiotów szklanych, zamontowanych lub zainstalowanych na stałe w MIEJSCU ZAMIESZKANIA zgodnie z ich przeznaczeniem;

Komentarz:

W przypadku STŁUCZENIA SZYB CENTRUM OPERACYJNE pokrywa następujące koszty:

- koniecznego oszklenia zastępczego oraz usług ekspresowych,
- ustawienia rusztowań lub użycia dźwigu,
- naprawy uszkodzonych elementów mocujących szybę w ramie powstałych w związku z wybiciem szyby.

Komentarz:

Za STŁUCZENIE SZYB nie uważa się:

- zarysowania, poplamienia, zmiany barwy lub odprysnięcia kawałka powierzchni ubezpieczonych szyb,
 - obróbki, montażu, wymiany w czasie prac konserwatorskich, remontowych, naprawczych w MIEJSCU ZAMIESZKANIA lub po ich usunięciu z miejsca stałego zainstalowania,
 - zastosowania niewłaściwej technologii wykonawstwa lub montażu,
 - zużycia, braku należytej konserwacji.
- L. TRZĘSIENIE ZIEMI – naturalny ruch powierzchni ziemi wywołany przez wstrząsy, który potwierdziły pomiary stacji sejsmologicznej znajdującej się najbliższej MIEJSCA ZAMIESZKANIA;
- M. UDERZENIE PIORUNA – następstwo naturalnego wyładowania elektrycznego w atmosferze w MIEJSCU ZAMIESZKANIA;
- N. UDERZENIE POJAZDU – uderzenie pojazdu mechanicznego, jego części lub ładunku;

Komentarz:

UDERZENIE POJAZDU nie dotyczy uderzenia przez pojazd UCZESTNIKA: osób zamieszkujących na stałe w MIEJSCU ZAMIESZKANIA, pracowników lub osób, którym powierzono stałą ochronę MIEJSCA ZAMIESZKANIA.

- UDERZENIE STATKU POWIETRZNEGO – przymusowe lądowanie lub upadek statku powietrznego, jego części lub ładunku;
- UPADEK DRZEWA LUB BUDOWLI – przewrócenie się drzewa lub budowli, którego skutkiem jest uszkodzenie UBEZPIECZONEGO MIENIA, które nastąpiło z przyczyn niezależnych od UCZESTNIKA;

Komentarz:

Budowla to: maszt, komin, słup, latarnia.

- USZKODZENIE PRZEZ OSOBY TRZECIE – nieumyślne uszkodzenie wywołane przez osoby, z wyjątkiem UCZESTNIKA;
- WYBUCH (EKSPLOZJA I IMPLOZJA) – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów lub pary. Wybuch zbiornika lub naczyń ciśnieniowych ma miejsce w razie rozerwania jego ścianek w stopniu powodującym gwałtowne wyrównanie różnicy ciśnień pomiędzy wnętrzem zbiornika a jego otoczeniem. Do wybuchu zalicza się również implozję polegającą na uszkodzeniu ciśnieniem zewnętrznym zbiornika lub aparatu próżniowego;
- ZALANIE – nagłe i niespodziewane:
 - wydośławianie się płynów lub pary spowodowane awarią urządzeń wodociagowych, kanalizacyjnych, centralnego ogrzewania, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej,
 - zalanie wodą pochodzącą z urządzeń domowych znajdujących się w MIEJSCU ZAMIESZKANIA bądź poza nim,
 - nieumyślne pozostawienie otwartych kranów lub zaworów w MIEJSCU ZAMIESZKANIA bądź poza nim,

- d. zalanie wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych,
 - e. zalanie wodą lub innym płynem przez osoby trzecie.
- T. ZAMARZNIĘCIE – uszkodzenie spowodowane mrozem, polegające na pęknięciu znajdujących się w MIEJSCU ZAMIESZKANIA urządzeń kąpielowych, umywalk, spluczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów, rur dopływowych lub odpływowych (kanalizacyjnych), instalacji grzewczych, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej.
29. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE to:
- A. Dla zakresu POMOC MEDYCZNA: NAGŁE ZACHOROWANIE, NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK lub TRUDNA SYTUACJA LOSOWA;
 - B. Dla zakresu POMOC W DOMU: ZDARZENIE LOSOWE.
30. ZWIERZĘ DOMOWE – pies lub kot, zwyczajowo mieszkający z UCZESTNIKIEM w MIEJSCU ZAMIESZKANIA, utrzymywany w celach niezwiązanych z wykonywaną działalnością gospodarczą lub profesjonalną.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów pomocy udzielonej UCZESTNIKOWI lub DZIECKU przez CENTRUM OPERACYJNE, w razie wystąpienia ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO.
2. Zakres ubezpieczenia to:
 - A. INFOLINIA MEDYCZNA;
 - B. WIZYTA DOMOWA LEKARZA;
 - C. WIZYTA PIELĘGNIARKI;
 - D. DOSTARCZENIE LEKÓW;
 - E. POMOC PSYCHOLOGA W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ;
 - F. TRANSPORT MEDYCZNY DO PRZYCHODNI;
 - G. TRANSPORT MEDYCZNY DO SZPITALA;
 - H. TRANSPORT MEDYCZNY Z PRZYCHODNI;
 - I. TRANSPORT MEDYCZNY ZE SZPITALA;
 - J. TRANSPORT MEDYCZNY POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI;
 - K. OPIEKA PIELĘGNIARKI W DOMU PO HOSPITALIZACJI;
 - L. DOSTARCZENIE POSIŁKÓW/ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH;
 - M. OPIEKA NAD ZWIERZĘTAMI DOMOWYMI PODCZAS HOSPITALIZACJI;
 - N. POMOC DOMOWA PO HOSPITALIZACJI;
 - O. OPIEKA NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI;
 - P. ORGANIZACJA WYPOŻYCZENIA LUB ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO I JEGO DOSTARCZENIE;
 - Q. INFOLINIA BABY ASSISTANCE;
 - R. WIZYTA DOMOWA PEDIATRY;
 - S. WIZYTA POŁOŻNEJ;
 - T. OPIEKA NAD DZIEĆMI;
 - U. KOREPETYCJE DLA DZIECI;
 - V. POBYT OPIEKUNA W SZPITALU.

A. INFOLINIA MEDYCZNA

W ramach INFOLINII MEDYCZNEJ, CENTRUM OPERACYJNE zapewni UCZESTNIKOWI:

- a. możliwość konsultacji telefonicznej z LEKARZEM CENTRUM OPERACYJNEGO,
- b. dostęp do danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
- c. informacje na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami,
- d. dostęp do informacji na temat niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
- e. dostęp do informacji na temat zdrowego żywienia,
- f. dostęp do danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

B. WIZYTA DOMOWA LEKARZA

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie wymagał wizyty lekarza – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty WIZYTY u LEKARZA w PLACÓWCE MEDYCZNEJ lub koszty dojazdów i honorariów LEKARZA do miejsca pobytu UCZESTNIKA, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie będzie konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty WIZYTY LEKARZA do kwoty 600 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

C. WIZYTA PIELĘGNIARKI

Jeżeli stan zdrowia UCZESTNIKA, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, w opinii LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE będzie wymagał wizyty pielęgniarki – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów PIELĘGNIARKI do miejsca pobytu UCZESTNIKA. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty WIZYTY PIELĘGNIARKI do kwoty 500 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

D. DOSTARCZANIE LEKÓW

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, zgodnie z zaleceniem LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będzie wymagał leżenia, CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty DOSTARCZENIA LEKÓW zaordynowanych przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE do miejsca pobytu UCZESTNIKA. CENTRUM OPERACYJNE nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszty DOSTARCZENIA LEKÓW do łącznej kwoty 300 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE. Koszty leków pokrywa UCZESTNIK.

E. POMOC PSYCHOLOGA W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ

Jeżeli UCZESTNIK znajdzie się w TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty POMOCY PSYCHOLOGA. CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty POMOCY PSYCHOLOGA W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ do kwoty 500 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

F. TRANSPORT MEDYCZNY DO PRZYCHODNI

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie wymagał, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, wizyty w przychodni – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty TRANSPORTU MEDYCZNEGO DO PRZYCHODNI, o ile nie będzie konieczna, według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO DO PRZYCHODNI w ramach kwoty 1200 zł limitu łącznego dla TRANSPORTÓW, na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE.

G. TRANSPORT MEDYCZNY DO SZPITALA

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie wymagał, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, pobytu w szpitalu – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty TRANSPORTU MEDYCZNEGO DO SZPITALA, o ile nie będzie konieczna według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO DO SZPITALA w ramach kwoty 1200 zł limitu łącznego dla TRANSPORTÓW, na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE.

H. TRANSPORT MEDYCZNY Z PRZYCHODNI

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie wymagał po wizycie w przychodni TRANSPORTU MEDYCZNEGO do miejsca pobytu, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty TRANSPORTU MEDYCZNEGO Z PRZYCHODNI do miejsca pobytu, o ile nie będzie konieczna, według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO Z PRZYCHODNI w ramach kwoty 1200 zł limitu łącznego dla TRANSPORTÓW, na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE.

I. TRANSPORT MEDYCZNY ZE SZPITALA

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie wymagał po pobycie w szpitalu TRANSPORTU MEDYCZNEGO do miejsca pobytu, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty TRANSPORTU MEDYCZNEGO ZE SZPITALA do miejsca pobytu, o ile nie będzie konieczna, według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO ZE SZPITALA w ramach kwoty 1200 zł limitu łącznego dla TRANSPORTÓW, na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE.

J. TRANSPORT MEDYCZNY POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie przebywał w PLACÓWCE MEDYCZNEJ, która nie będzie odpowiadała wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia oraz gdy UCZESTNIK zostanie skierowany przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej PLACÓWCE MEDYCZNEJ – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty TRANSPORTU POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI, o ile nie będzie konieczna, według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI w ramach kwoty 1 200 zł limitu łącznego dla TRANSPORTÓW, na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE.

K. OPIEKA PIELĘGNIARKI W DOMU PO HOSPITALIZACJI

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 3 dni – CENTRUM OPERACYJNE po zakończeniu tej HOSPITALIZACJI zorganizuje i pokryje koszty OPIEKI PIELĘGNIARKI W DOMU PO HOSPITALIZACJI. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt OPIEKI PIELĘGNIARKI W DOMU PO HOSPITALIZACJI do kwoty 800 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

L. DOSTARCZENIE POSIŁKÓW/ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, zgodnie z zaleceniem LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE wskazanym na zwolnieniu lekarskim, będzie wymagał leżenia, CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty DOSTARCZENIA POSIŁKÓW/ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH do miejsca pobytu UCZESTNIKA. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszty DOSTARCZENIA POSIŁKÓW/ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH do łącznej kwoty 700 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE. Koszty POSIŁKÓW/ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH pokrywa UCZESTNIK.

M. OPIEKA NAD ZWIERZĘTAMI DOMOWYMI PODCZAS HOSPITALIZACJI

Jeżeli CENTRUM OPERACYJNE otrzyma potwierdzenie ze szpitala o przewidywanej HOSPITALIZACJI UCZESTNIKA w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU dłuższej niż 3 dni, CENTRUM OPERACYJNE:

- a) zorganizuje opiekę nad ZWIERZĘTAMI DOMOWYMI w MIEJSCU ZAMIESZKANIA i pokryje jej koszty, lub
- b) zorganizuje przewóz ZWIERZĄT DOMOWYCH do osoby wyznaczonej przez UCZESTNIKA do opieki lub do placówki, wskazanej przez UCZESTNIKA i pokryje koszt przewozu i opieki. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty powyższych usług przez okres maksimum 5 dni do kwoty 1 000 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje opiekę w placówce na koszt UCZESTNIKA. Powyższe świadczenia będą realizowane pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o obowiązkowych szczepieniach profilaktycznych zwierząt.

N. POMOC DOMOWA PO HOSPITALIZACJI

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 7 dni – CENTRUM OPERACYJNE po zakończeniu tej HOSPITALIZACJI zorganizuje i pokryje koszty POMOCY DOMOWEJ PO HOSPITALIZACJI.

Komentarz:

Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków jak odkurzenie, mycie podłóg. W zakres usługi nie wchodzi natomiast mycie okien, odsuwanie mebli. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt POMOCY DOMOWEJ PO HOSPITALIZACJI do kwoty 800 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

O. OPIEKA NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI

Jeżeli UCZESTNIK, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, będzie HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 3 dni lub w przypadku NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU UCZESTNIKA poza szpitalem, wymagającego leżenia, zgodnie z pisemnym zaleceniem LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE – CENTRUM OPERACYJNE zorganizuje i pokryje koszty OPIEKI NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI w MIEJSCU ZAMIESZKANIA. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszt OPIEKI NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI do kwoty 800 PLN na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. OPIEKA NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI jest realizowana na wniosek UCZESTNIKA i za jego pisemną zgodą.

P. ORGANIZACJA WYPOŻYCZENIA LUB ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO I JEGO DOSTARCZENIE

Jeżeli UCZESTNIKOWI, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, zostanie zalecone przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, używanie SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO, CENTRUM OPERACYJNE zapewni podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących SPRZĘT REHABILITACYJNY oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia i transportu SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO do MIEJSCA ZAMIESZKANIA. CENTRUM OPERACYJNE pokryje wyżej wymienione koszty do kwoty 500 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

Q. INFOLINIA BABY ASSISTANCE

W ramach INFOLINII BABY ASSISTANCE, CENTRUM OPERACYJNE zapewni UCZESTNIKOWI lub WSPÓŁMAŁŻONKOWI UCZESTNIKA dostęp do informacji dotyczących:

- a. objawów ciąży,
- b. badań prenatalnych,
- c. wskazówek w zakresie przygotowań do porodu,
- d. danych teleadresowych szkół rodzenia,
- e. pielęgnacji w czasie ciąży i w porogu,
- f. karmienia noworodka,
- g. obowiązkowych szczepień dzieci,
- h. opieki i pielęgnacji niemowlęcia.

R. WIZYTA DOMOWA PEDIATRY

W przypadku NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy DZIECKO wymaga wizyty lekarza – CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty WIZYTY u LEKARZA PEDIATRY w PLACÓWCE MEDYCZNEJ lub koszty dojazdów i honorariów WIZYTY LEKARZA PEDIATRY do miejsca pobytu DZIECKA, o ile w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty WIZYTY LEKARZA PEDIATRY do kwoty 800 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

S. WIZYTA POŁOŻNEJ

Jeżeli w następstwie NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU niemożliwe jest sprawowanie przez UCZESTNIKA lub WSPÓŁMAŁŻONKA opieki nad DZIECKIEM – CENTRUM OPERACYJNE zapewni, w okresie pierwszych 12 miesięcy życia DZIECKA, organizację i pokrycie kosztów WIZYTY POŁOŻNEJ w miejscu jego pobytu. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty WIZYTY POŁOŻNEJ do kwoty 600 zł w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

T. OPIEKA NAD DZIEĆMI

W przypadku HOSPITALIZACJI UCZESTNIKA lub WSPÓŁMAŁŻONKA w następstwie NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU lub NAGŁEGO ZACHOROWANIA dłuższej niż 3 dni, CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty OPIEKI NAD DZIEĆMI w miejscu jego pobytu. OPIEKA NAD DZIEĆMI jest realizowana na wniosek UCZESTNIKA i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu ich pobytu (zgodnie z deklaracją UCZESTNIKA), nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty OPIEKI NAD DZIEĆMI do kwoty 500 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 2 (dwóch) ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

U. KOREPETYCJE DLA DZIECI

W przypadku HOSPITALIZACJI DZIECKA w następstwie NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU lub NAGŁEGO ZACHOROWANIA dłuższej niż 5 dni, CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty KOREPETYCJI DLA DZIECI w miejscu pobytu DZIECKA, w okresie maksymalnie 90 dni od daty końcowej HOSPITALIZACJI. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty KOREPETYCJI DLA DZIECI do kwoty 500 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

V. POBYT OPIEKUNA W SZPITALU

W przypadku HOSPITALIZACJI DZIECKA, w następstwie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty POBYTU jednego z opiekunów DZIECKA w szpitalu (o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych) lub w hotelu przyszpitalnym maksymalnie do 6 dni. CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty POBYTU OPIEKUNA W SZPITALU do kwoty 800 zł na ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

§ 4. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE SZKODY DLA ZAKRESU POMOC MEDYCZNA

UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za szkody powstałe z tytułu i w następstwie:

1. Umysłnego działania lub rażącego niedbalstwa UCZESTNIKA.

Komentarz:

- UBEZPIECZYCIEL jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli UCZESTNIK wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zaplata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
2. Umysłnego popelnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu Ustawy Kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu Ustawy Kodeks karny skarbowy, wykroczenia i jego usiłowania w rozumieniu Ustawy Kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych (dotyczy UCZESTNIKA).
 3. Zdarzeń, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
 4. Umysłnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez UCZESTNIKA.
 5. Działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem.
 6. Nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku oraz ich następstw, które wystąpiły przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
 7. Leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami.
 8. Zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
 9. Rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego.
 10. Wad wrodzonych.
 11. Zarażenia się HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową.
 12. CHORÓB PRZEWLEKŁYCH.
 13. Nieprzestrzegania zaleceń lekarza.

- Leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba, że było ono zalecone przez LEKARZA CENTRUM OPERACYJNEGO.
- Amatorskiego uprawiania sportów ekstremalnych.

Komentarz:

Sporty ekstremalne to: amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: abseliling, alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, canoeing górski, downhill MTB, ekstremalne maratony biegowe, football amerykański, free skiing (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami), gimnastyka sportowa i akrobatyczna, heli-skiing, heli-snowboarding, himalaizm (wyprawy w góry powyżej 5500 m. n.p.m.), kajakerstwo górskie, kite-snowboarding, kite-skiing, kite-surfing, motocross, nurkowanie z akwalungiem poniżej 30 m, polo, rafting, rajdy terenowe, rugby, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki spadochronowe, jazda skuterem wodnym, speleologia, szybownictwo, taternictwo, triathlon, signum polonicum, walki rycerskie, wspinaczka indoorowa, wspinaczka lodowa, wspinaczka wysokogórska.

- Wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu.

Komentarz:

Wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu to regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawionej dyscypliny sportu.

- Opóźnienia świadczenia UBEZPIECZYCIELA wskutek strajków, niepokoju społecznego, zamieszek, aktów terrorizmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego.
- Opóźnienia świadczenia UBEZPIECZYCIELA wskutek SIŁY WYŻSZEJ.
- Strajków, lokautów, aktów terrorizmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- Użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.
- Spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaprobowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia.
- ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH.

§ 5. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE KOSZTÓW DLA ZAKRESU POMOC MEDYCZNA

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów:

- Leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami.
- Ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania.
- Rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego.
- Leczenia powstałego na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
- Rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych.
- Świadczeń i usług medycznych w następstwie NAGŁYCH ZACHOROWAŃ lub NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wyplaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

§ 6. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU POMOC MEDYCZNA

Limit kwotowy dla organizacji oraz pokrycia kosztów pomocy udzielanej przez CENTRUM OPERACYJNE jest realizowany do wysokości określonej w poniższej tabeli i odnosi się do jednego ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, natomiast określony w poniższej tabeli limit ilościowy USŁUG ASSISTANCE przysługujących w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, dotyczy odrębnie UCZESTNIKA oraz każdego DZIECKA, o ile dostęp UCZESTNIKA lub DZIECKA do tej USŁUGI ASSISTANCE przewidziany jest w niniejszych OWU:

ZAKRES UDZIELANEJ POMOCY	LIMIT W 12 MIESIĘCZNYM OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
INFOLINIA MEDYCZNA	TAK
WIZYTA DOMOWA LEKARZA	600 zł/maksimum 2 razy
DOSTARCZANIE LEKÓW	300 zł
WIZYTA PIEŁGNIARKI	500 zł/maksimum 2 razy
POMOC PSYCHOLOGA W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ	500 zł/maksimum 2 razy
TRANSPORT MEDYCZNY DO PRZYCHODNI	1200 zł
TRANSPORT MEDYCZNY DO SZPITALA	
TRANSPORT MEDYCZNY Z PRZYCHODNI	
TRANSPORT MEDYCZNY ZE SZPITALA	
TRANSPORT POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI	800 zł/maksimum 1 raz
OPIEKA PIEŁGNIARKI W DOMU PO HOSPITALIZACJI	
DOSTARCZENIE POSIŁKÓW/ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH	700 zł
OPIEKA NAD ZWIERZĘTAMI PODCZAS HOSPITALIZACJI	1000 zł
POMOC DOMOWA PO HOSPITALIZACJI	800 zł/maksimum 1 raz
OPIEKA NAD OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI	800 zł/maksimum 2 razy
ORGANIZACJA WYPOŻYCZENIA LUB ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO I JEGO DOSTARCZENIE	500 zł/maksimum 2 razy

ZAKRES UDZIELANEJ POMOCY	LIMIT W 12 MIESIĘCZNYM OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
INFOLINIA BABY ASSISTANCE	TAK
WIZYTA DOMOWA PEDIATRY	800 zł/maksimum 2 razy (na każde DZIECKO)
WIZYTA POŁOŻNEJ	600 zł/maksimum 1 raz
OPIEKA NAD DZIEĆMI	500 zł/maksimum 2 razy
KOREPETYCJE DLA DZIECI	500 zł/maksimum 1 raz (na każde DZIECKO)
POBYT OPIEKUNA W SZPITALU	800 zł/maksimum 1 raz (na każde DZIECKO)

§ 7. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC W DOMU

- Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów pomocy udzielonej przez CENTRUM OPERACYJNE w razie zaistnienia ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.
- Zakres ubezpieczenia to:
 - INTERWENCJA SPECJALISTY.

A. INTERWENCJA SPECJALISTY

W przypadku ZDARZENIA LOSOWEGO w MIEJSCU ZAMIESZKANIA, gdy wystąpi ryzyko utraty lub dalszego uszkodzenia UBEZPIECZONEGO MIENIA, CENTRUM OPERACYJNE organizuje i pokrywa koszty dojazdu do MIEJSCA ZAMIESZKANIA i robocizny odpowiedniego specjalisty, tj.: ślusarza, hydraulika, elektryka, dekarza, murarza, szklarza, technika urządzeń grzewczych i klimatyzacyjnych, gazownika. Koszty materiałów i części zamiennych pokrywa UCZESTNIK. CENTRUM OPERACYJNE pokrywa koszty INTERWENCJI SPECJALISTY do kwoty 500 zł na ZDARZENIE LOSOWE i w odniesieniu do maksymalnie 1 (jednego) ZDARZENIA LOSOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

§ 8. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE SZKODY DLA ZAKRESU POMOC W DOMU

Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następujące szkody:

- Wyrządzone wskutek umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa UCZESTNIKA.

Komentarz:

UBEZPIECZYCIEL jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli UCZESTNIK wyrządził szkodę umyślnie. W razie spowodowania szkody wskutek rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

- Powstałe na skutek umyślnego popełnienia przestępstwa lub jego usiłowania w rozumieniu Ustawy Kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu Ustawy Kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu Ustawy Kodeks wykroczeń lub naruszenia innych powszechnie obowiązujących przepisów karnych, z wyjątkiem KRADZIEŻY Z WŁAMANIEM.
- Powstałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
- Powstałe wskutek umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez UCZESTNIKA.
- Powstałe wskutek działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem.
- Spowodowane katastrofami naturalnymi, z wyjątkiem ZDARZENIA LOSOWEGO.
- Spowodowane opóźnieniem świadczenia UBEZPIECZYCIELA wskutek strajków, niepokoju społecznego, zamieszek, aktów terrorizmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego.
- Spowodowane opóźnieniem świadczenia UBEZPIECZYCIELA wskutek SIŁY WYŻSZEJ.
- Powstałe wskutek strajków, lokautów, aktów terrorizmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia UBEZPIECZONEGO MIENIA na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
- Wynikające z użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego.
- Powstałe wskutek spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających.
- Spowodowane AKTAMI WANDALIZMU.

§ 9. WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE KOSZTÓW DLA ZAKRESU POMOC W DOMU

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

- Usług związanych z uszkodzeniami, za naprawę których odpowiadają właściwe służby administracyjne lub pogotowie techniczne, energetyczne, wodno-kanalizacyjne, gazowe (awarie instalacji ciepłej i zimnej wody, pionów kanalizacyjnych, pionów centralnego ogrzewania, instalacji gazowej, przyłączy do budynku).
- Usług elektryka lub technika urządzeń grzewczych, związanych z uszkodzeniami żarówek, przedłużaczy, opraw oświetleniowych.
- Kosztów wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.
- Kosztów materiałów i części zamiennych wykorzystanych do dokonania naprawy.

§ 10. LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU POMOC W DOMU

Limit kwotowy i ilościowy dla organizacji oraz pokrycia kosztów pomocy (USŁUG ASSISTANCE) udzielanej przez CENTRUM OPERACYJNE jest określony w odniesieniu do ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ i jest realizowany do wysokości określonej w poniższej tabeli:

ZAKRES UDZIELANEJ POMOCY	LIMIT W 12 MIESIĘCZNYM OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
INTERWENCJA SPECJALISTY	500 zł/maksimum 1 raz

§ 11. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA I OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA jest zawierana na rzecz UCZESTNIKA, którym jest osoba fizyczna objęta przez UBEZPIECZAJĄCEGO ochroną ubezpieczeniową w ramach INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE.
- Przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE UCZESTNIK składa oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA.
- UBEZPIECZAJĄCY jest zobowiązany poinformować UBEZPIECZYCIELA o objęciu UCZESTNIKA ochroną ubezpieczeniową w ramach UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA – w uzgodnionym trybie.
- UCZESTNIK oraz DZIECKO UCZESTNIKA są objęci przez UBEZPIECZYCIELA ochroną ubezpieczeniową z tytułu UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA tylko w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.
- OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ rozpoczyna się:
 - pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, o ile data ta przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca, albo
 - pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, o ile data ta przypada w okresie od 21. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
- OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ wynosi 12 miesięcy z zastrzeżeniem ust. 8 i zostaje automatycznie przedłużony na kolejne okresy 12 miesięcy, o ile UBEZPIECZAJĄCY lub UCZESTNIK nie postanowią inaczej.
- UCZESTNIK ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej w ramach UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA w każdym czasie trwania ubezpieczenia. W tym celu UCZESTNIK powinien złożyć UBEZPIECZAJĄCEMU oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować UCZESTNIKA oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną z tytułu UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA. W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji ochrona ubezpieczeniowa z tytułu UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA kończy się 30. dnia licząc od dnia, w którym rezygnacja wpłynęła do UBEZPIECZAJĄCEGO.
- OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ kończy się w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE. Dostęp do USŁUG ASSISTANCE nie przysługuje w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, jeśli składki ubezpieczeniowe z tytułu INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE nie są terminowo opłacane, przy czym składka ubezpieczeniowa jest opłacana terminowo, jeżeli zaległość w jej opłaceniu nie przekracza kwoty należnej za miesiąc ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE.

§ 12. PRAWA I OBOWIĄZKI

- UCZESTNIK lub inna osoba działająca w jego imieniu ma prawo do zgłoszenia w CENTRUM OPERACYJNYM ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO, począwszy od dnia rozpoczęcia OKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.
- UCZESTNIK zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami CENTRUM OPERACYJNEGO.
- UCZESTNIK ma obowiązek poinformowania UBEZPIECZYCIELA o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach umowy ubezpieczenia.

Komentarz:

Np. MIEJSCE ZAMIESZKANIA, adres zamieszkania, adres korespondencji, zmiana nazwiska.

§ 13. SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

- UCZESTNIK lub inna osoba działająca w jego imieniu ma obowiązek niezwłocznie, po powzięciu informacji o powstaniu ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO lub zaistnienia konieczności skorzystania z USŁUGI ASSISTANCE, powiadomić o tym CENTRUM OPERACYJNE, pod numerem telefonu lub faksu wskazanym w OWU.

Komentarz:
CENTRUM OPERACYJNE: tel. 22 591 95 79 lub 22 281 95 79.
- W razie zaistnienia ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO, UCZESTNIK lub inna osoba upoważniona jest zobowiązana skontaktować się telefonicznie z CENTRUM OPERACYJNYM i podać:
 - Imię i nazwisko, nr PESEL;
 - Informację, jaka umowa ubezpieczenia została zawarta na jego rzecz;
 - MIEJSCE ZAMIESZKANIA;
 - numer telefonu, pod którym można skontaktować się z UCZESTNIKIEM lub wskazaną przez niego osobą;
 - opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy;
 - adres korespondencyjny.
- W przypadku gdy UCZESTNIK nie dopełnił obowiązku zgłoszenia ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO lub nie postępował zgodnie z dyspozycjami CENTRUM OPERACYJNEGO, UBEZPIECZYCIEL ma prawo zmniejszyć świadczenie, jeżeli brak zgłoszenia ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO lub postępowanie niezgodnie z dyspozycjami CENTRUM OPERACYJNEGO miało wpływ na zwiększenie rozmiaru

szkody lub możliwość jej ustalenia, chyba że zgłoszenie nie było możliwe z powodu działania udokumentowanej SIŁY WYŻSZEJ.

- W przypadku braku zgłoszenia szkody, roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez UCZESTNIKA pełnej dokumentacji, niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy w związku z zaistnieniem ZDARZENIEM UBEZPIECZENIOWYM lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz dowodów poniesionych kosztów.
- W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie przez UCZESTNIKA bez powiadomienia CENTRUM OPERACYJNEGO, UBEZPIECZYCIEL zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
- Jeżeli nie umówiono się inaczej, UBEZPIECZYCIEL jest zobowiązany wypłacić świadczenia przysługujące niniejszych OWU w terminie 30 dni od daty otrzymania dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia.
- Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia UBEZPIECZYCIEL powinien wypłacić w terminie 30 dni.
- Wypłata przysługujących świadczeń następuje w złotych polskich (PLN).
- Zawiadomienie o wystąpieniu ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO mogą zgłosić również spadkobiercy UCZESTNIKA.

§ 14. REGRES

- Jeżeli nie umówiono się inaczej, w zakresie ubezpieczeń majątkowych, z dniem zapłaty odszkodowania przez UBEZPIECZYCIELA roszczenie UCZESTNIKA przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na UBEZPIECZYCIELA do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli UBEZPIECZYCIEL pokrył tylko część szkody, UCZESTNIKOWI przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem UBEZPIECZYCIELA.
- Nie przechodzą na UBEZPIECZYCIELA roszczenia UCZESTNIKA przeciwko osobom, z którymi UCZESTNIK pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- UCZESTNIK jest zobowiązany udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę oraz udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§ 15. REKLAMACJE

- Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA, UBEZPIECZAJĄCY, UCZESTNIK, uprawniony z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA, w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 52 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa w formie:
 - ustnej – telefonicznie na numer telefonu: 22 522 26 40 (dostępny w dni robocze w godzinach 8–16) albo osobiście do protokołu w siedzibie UBEZPIECZYCIELA,
 - pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie UBEZPIECZYCIELA,
 - elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
- AWP P&C S.A. Oddział w Polsce rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
- Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.
- Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania od Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
- Osobie fizycznej będącej UBEZPIECZONYM lub uprawnionym z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – udział UBEZPIECZYCIELA w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

Komentarz:

Biuro Rzecznika Finansowego
Al. Jerozolimskie 87
02-001 Warszawa
tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
+48 22 333-73-27 – Recepcja
fax +48 22 333-73-29
www.rf.gov.pl
Infolinia Konsumentka
Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów
telefon: 800 889 866 (od poniedziałku do piątku w godz. 8:00–17:00)
e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl

7. Wszelkie zmiany UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
8. Do realizacji postanowień niniejszych OWU w imieniu i na rachunek UBEZPIECZYCIELA uprawnione jest CENTRUM OPERACYJNE.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz obowiązujących powszechnie aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.
10. Prawem właściwym dla niniejszego OWU jest prawo polskie.
11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy UBEZPIECZYCIELEM, UBEZPIECZAJĄCYM, UCZESTNIKIEM, uprawnionym z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA, bądź ich spadkobiercami jest język polski.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA można wytoczyć przed sąd powszechny. W razie, gdy powództwo zostanie wytoczone przeciwko UBEZPIECZYCIELOWI jako pozwanemu, winien on być oznaczony jako AWP P&C S.A. Oddział w Polsce zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000189340, NIP 107-00-00-164, z siedzibą w Warszawie (02-672) przy ul. Domaniewskiej 50B. UCZESTNIKOWI lub UBEZPIECZAJĄCEMU, uprawnionemu z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oraz ich spadkobiercom przysługuje prawo wyboru sądu właściwego według przepisów o właściwości ogólnej, tj. sądu właściwego dla siedziby UBEZPIECZYCIELA albo sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby UBEZPIECZAJĄCEGO, UCZESTNIKA, uprawnionego z UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA albo ich spadkobierców.

§ 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Jeżeli UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, UBEZPIECZAJĄCY ma prawo odstąpienia od UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA nie zwalnia UBEZPIECZAJĄCEGO z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim UBEZPIECZYCIEL udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA została zawarta na czas nieokreślony. UBEZPIECZYCIELOWI i UBEZPIECZAJĄCEMU przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 6-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 36 miesięcy jej obowiązywania. Wypowiedzenie należy przesłać w formie pisemnej listem poleconym, za potwierdzeniem odbioru, na ostatni znany adres odpowiednio UBEZPIECZYCIELA lub UBEZPIECZAJĄCEGO.
3. Niezależnie od ust. 2, UBEZPIECZAJĄCY ma prawo rozwiązać UMOWĘ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez UBEZPIECZYCIELA lub podmioty, z którymi UBEZPIECZYCIEL współpracuje przy jej realizacji, pomimo uprzedniego wezwania UBEZPIECZYCIELA do wykonania umowy lub zaniechania jej nienależytego wykonania i wyznaczenia mu w tym celu co najmniej 30-dniowego terminu na usunięcie naruszeń.
4. Niezależnie od ust. 2, UBEZPIECZYCIEL ma prawo rozwiązać UMOWĘ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie UBEZPIECZAJĄCEGO zwłoki w zapłacie składki, trwającej ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez UBEZPIECZAJĄCEGO postanowień UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA. Rozwiązanie UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu UBEZPIECZAJĄCEGO do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni.
5. W razie rozwiązania UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA z zachowaniem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 2., UBEZPIECZYCIEL zobowiązany jest wykonywać określone niniejszą umową obowiązki w odniesieniu do UCZESTNIKÓW, którzy przystąpili do UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA, jednakże w stosunku do każdego z UCZESTNIKÓW nie dłużej niż do dnia najbliższej, po upływie wspomnianego okresu wypowiedzenia, rocznicy rozpoczęcia OKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ w ramach UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA.
6. Postanowienia ust. 5 mają zastosowanie również wobec tych UCZESTNIKÓW, którzy w ramach INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE przystąpili do UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA po jej rozwiązaniu pod warunkiem, że wyrażenie zgody na przystąpienie do UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA nastąpiło przed jej rozwiązaniem i pod warunkiem opłacenia składki przez UBEZPIECZAJĄCEGO.

Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Zarządu AWP P&C S.A. Oddział w Polsce nr U/035/2016 z dnia 16 grudnia 2016 roku, które wchodzi w życie z dniem 10 stycznia 2017 roku.



Tomasz Frączek
Dyrektor Oddziału

POLITYKA PRYWATNOŚCI

1. Administratorem danych osobowych jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Administrator będzie zbierał i przetwarzać dane niezbędne do zawarcia umowy, identyfikacji osoby uprawnionej, przyjęcia zgłoszenia szkody i likwidacji tej szkody (w szczególności imię, nazwisko, adres, numer telefonu i adres e-mail).
2. Administrator będzie przetwarzać dane osobowe przekazane przez Uczestników lub otrzymane od innych podmiotów bez udziału Uczestników w celu zawarcia i wykonania umowy, (oraz w celu wypełnienia obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa. Przetwarzanie w tych celach nie wymaga zgody Uczestników.
3. Dane osobowe Uczestników mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom. We wskazanych powyżej celach Administrator może również udostępniać dane osobowe Uczestników następującym podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora (np. konsultantom technicznym, lekarzom, likwidatorom szkód).
4. Dane osobowe Uczestników mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Przekazanie danych osobowych Uczestników w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regulami korporacyjnymi (BCR), które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć na stronie internetowej www.mondial-assistance.pl. W wypadku gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należyłą ochronę danych osobowych Uczestników przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG.
5. O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, Uczestnikom przysługuje prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w posiadaniu Administratora,
 - b) wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli dane osobowe Uczestników są przetwarzane na podstawie zgody;
 - c) aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych
 - d) usunięcia swoich danych osobowych z ewidencji Administratora, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
 - e) żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy Uczestnicy kwestionują prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający Administratorowi sprawdzić ich prawidłowość;
 - f) uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym
 - g) złożenia reklamacji do Administratora lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.
 Uczestnicy Mogą korzystać z tych praw kontaktując się z Administratorem z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Dane osobowe Uczestników Administrator będzie przechowywać przez 10 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia reklamacji Uczestnika. 10-cio letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.
6. Z Administratorem można się skontaktować pod adresem:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
ul. Domaniewska 50B
02-672 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:

Warunki Ubezpieczenia Grupowego

WUJA/3/2017 w zakresie ubezpieczeń majątkowych oraz „Zagranicznej opinii lekarskiej dla mnie i mojej rodziny”, dla klientów którzy przystąpili do indywidualnej umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu JA w strukturach sprzedażowych Aviva

Rodzaj informacji	Dotyczy	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Postanowienia wspólne	§2 ust.1, 2
	Klauzula I – Zagraniczna opinia lekarska dla mnie i mojej rodziny	§1
	Klauzula I – Zagraniczna opinia lekarska dla mnie i mojej rodziny	§3 ust. 2, 9
	Klauzula II– ubezpieczenia odpowiedzialności w życiu prywatnym na terenie RP	§1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Definicje	§1 pkt 10, 27
	Postanowienia wspólne do warunków ubezpieczenia	§4 ust. 1-2
	Postanowienia wspólne do warunków ubezpieczenia	§5
	Klauzula I – Zagraniczna opinia lekarska dla mnie i mojej rodziny	§2
	Klauzula I – Zagraniczna opinia lekarska dla mnie i mojej rodziny	§3 ust. 1
Klauzula II– ubezpieczenia odpowiedzialności w życiu prywatnym na terenie RP	§2	
Klauzula II– ubezpieczenia odpowiedzialności w życiu prywatnym na terenie RP	§3	



WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO WUJA/3/2017 W ZAKRESIE UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH ORAZ „ZAGRANICZNEJ OPINII LEKARSKIEJ DLA MNIE I MOJEJ RODZINY”, DLA KLIENTÓW KTÓRZY PRZYSTĄPILI DO INDYWIDUALNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA W RAMACH PAKIETU JA W STRUKTURACH SPRZEDAŻOWYCH AVIVA

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia Grupowego 1/2015/PAK zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA a Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, w dniu 01 lipca 2015 r., na podstawie której Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA udziela ochrony ubezpieczeniowej Klientom, którzy przystąpili do indywidualnej umowy ubezpieczenia Pakiet JA.

§1 DEFINICJE

Ileokroć w niniejszych Warunkach ubezpieczenia oraz pismach i oświadczeniach składanych w związku z udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Aviva, Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA;
- 2) **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w C/Almagro 36-1, 28010 Madryt, Hiszpania, współpracujący z Ubezpieczycielem w ramach niniejszej Umowy Grupowego Ubezpieczenia;
- 3) **Biblioteka Video On-Line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów wideo, umożliwiających Osobom Uprawnionym uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia;
- 4) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem telefonu 800 365 867, prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, przyjmujące zgłoszenia, weryfikujące prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynujące realizację świadczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia w części opisanej w Klauzuli I – Zagraniczna opinia lekarska dla mnie i mojej rodziny;
- 5) **Certyfikat** – druk stanowiący potwierdzenie złożenia przez Uczestnika Deklaracji przystąpienia;
- 6) **Deklaracja przystąpienia** – dokument zawierający oświadczenie woli osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia w przedmiocie wyrażenia zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 7) **Dom** – dom Uczestnika wraz z należącymi do niego wmurowanymi w ściany, sufity i podłogi instalacjami oraz częściami wspólnymi, z wyłączeniem pomieszczeń przynależnych, do którego Uczestnikowi przysługuje prawo własności lub spółdzielcze własnościowe prawo do domu jednorodzinnego, lub którego Uczestnik jest posiadaczem zależnym na podstawie umowy najmu lub innego tytułu prawnego;
- 8) **Dziecko Uczestnika** – własne lub przysposobione dziecko Uczestnika będące pod jego władzą rodzicielską do uzyskania pełnoletniości, które w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego ma nie więcej niż 25 lat;
- 9) **Ekspert** – lekarz specjalista, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności, współpracujący z Best Doctors; wybór lekarza eksperta dla poszczególnych przypadków będzie dokonywany przez Best Doctors z uwzględnieniem specyfiki schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie;
- 10) **Franszyza redukcyjna** – ustalona w umowie ubezpieczenia wartość kwotowa, o jaką będzie pomniejszana wysokość odszkodowania zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków ubezpieczenia;
- 11) **Internetowa Platforma Informacyjna (AskBestDoctors)** – witryna informacyjna udostępniana przez Best Doctors na stronie internetowej www.askbestdoctors.com/pol, umożliwiająca Osobom Uprawnionym, po zalogowaniu się przy użyciu indywidualnego hasła, skorzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych, od ogólnych faktów po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym dostęp do informacji zawartych w zasobach Biblioteki Video On-Line;
- 12) **Miejsce zamieszkania** – mieszkanie, dom jednorodzinny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego adres jest wskazany przez Uczestnika w dokumentacji dotyczącej ubezpieczenia, jako miejsce stałego zamieszkania, miejsce tymczasowego zamieszkania lub adres korespondencyjny.
- 13) **Mieszkanie** – mieszkanie Uczestnika wraz z należącymi do niego wmurowanymi w ściany, sufity i podłogi instalacjami oraz częściami wspólnymi, z wyłączeniem pomieszczeń przynależnych, do którego Uczestnikowi przysługuje prawo własności lub spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu

mieszkalnego, lub Uczestnik jest posiadaczem zależnym na podstawie umowy najmu lub innego tytułu prawnego;

- 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela zapewnienia Osobie Uprawnionej dostępu do świadczeń Zagranicznej Opinii Lekarskiej, dostępu do internetowej Platformy informacyjnej (AskBestDoctors) oraz do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia;
- 15) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela na rzecz Uczestnika;
- 16) **Odpowiedzialność cywilna deliktowa** – odpowiedzialność wynikająca z bezprawnego i zwinionego działania lub zaniechania powodującego szkodę osobie trzeciej lub w mieniu należącym, do osoby trzeciej;
- 17) **Osoba Uprawniona** – osoba, której przysługuje powtórna zagraniczna opinia lekarska: Uczestnik, Współmałżonek Uczestnika, Dziecko Uczestnika;
- 18) **Osoby bliskie** – małżonek Uczestnika lub osoba pozostająca z nim faktycznie we wspólnym gospodarstwie domowym, dzieci, rodzice i rodzeństwo Uczestnika, małżonkowie dzieci i rodzeństwa Uczestnika, rodzice i rodzeństwo małżonka Uczestnika, jak również rodzeństwo rodziców Uczestnika oraz małżonka Uczestnika;
- 19) **Reklamacja** – wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. przez Uczestnika, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym, Uczestnik, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A.;
- 20) **Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – ogólna informacja o stanie zdrowia i/lub zgłoszonym problemie zdrowotnym, sporządzana przez Eksperta;
- 21) **Szkoda osobowa** – spowodowanie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia osoby trzeciej, z wyłączeniem utraconych korzyści, które osoba ta mogłaby osiągnąć gdyby nie wystąpiła śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia;
- 22) **Szkoda rzeczowa** – spowodowanie uszkodzenia, zniszczenia lub utraty mienia osoby trzeciej, z wyłączeniem utraconych korzyści, które osoba ta mogłaby osiągnąć gdyby nie wystąpiło uszkodzenie, zniszczenie lub utrata mienia;
- 23) **Środki pieniężne** – krajowe i zagraniczne znaki pieniężne;
- 24) **Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA;
- 25) **Ubezpieczający** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA;
- 26) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego 1/2015/PAK zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem regulująca warunki udzielania Ochrony ubezpieczeniowej na rzecz Uczestników;
- 27) **Uczestnik** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia Pakiet JA, która złożyła oświadczenia woli w przedmiocie wyrażenia zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową w zakresie i zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach ubezpieczenia oraz w poszczególnych Klauzulach załączonych do niniejszych Warunków ubezpieczenia; Uczestnikiem może być osoba, która w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia nie ukończyła 45 roku życia;
- 28) **Umowa Grupowego Ubezpieczenia „Zagraniczna Opinia Lekarska dla mnie i mojej rodziny”** – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. a Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie SA, dotycząca Zagranicznej Opinii Lekarskiej sporządzanej we współpracy z Best Doctors;
- 29) **Umowa ubezpieczenia Pakiet JA** – zawarta z Ubezpieczającym na rzecz osoby fizycznej Indywidualna Umowa Ubezpieczenia na Życie Pakiet JA;
- 30) **Wartość nowa odtworzeniowa** – dla elementów stałych domu lub mieszkania, wskazanych powyżej oraz dla ruchomości domowych w nich zgromadzonych to kwota pozwalająca na pokrycie kosztów nabycia lub wytworzenia nowych przedmiotów tego samego lub najbardziej zbliżonego rodzaju, a także pokrycie kosztów zwykłego transportu i montażu;

- 31) **Wartość rzeczywista** – kwota pozwalająca na przywrócenie mienia do stanu jak w dniu poprzedzającym wydarzenie się szkody, tzn. przy uwzględnieniu faktycznego stopnia zużycia, powiększona o koszty zwykłego transportu i montażu;
- 32) **Wartości pieniężne** – gotówka tj. krajowe i zagraniczne znaki pieniężne oraz papiery wartościowe, ale z wyłączeniem kart płatniczych i kredytowych, weksli oraz czeków;
- 33) **Współmałżonek Uczestnika** – osoba, która z Uczestnikiem pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 34) **Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna (InterConsultation)** – sporządzona przez Eksperta opinia dotycząca diagnozy schorzenia, zastosowanego leczenia oraz zawierająca propozycję własnego planu leczenia, sporządzana na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 35) **Zagraniczna Opinia Lekarska** – Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna lub Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta;
- 36) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenia, które zaszyły w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - a) stan chorobowy Osoby Uprawnionej, o którym mowa w Klauzuli I par. 1 ust. 2 i 3, w związku z którym Uczestnik zgłasza potrzebę uzyskania Zagranicznej Opinii Lekarskiej;
 - b) powstanie odpowiedzialności cywilnej deliktowej Uczestnika w życiu prywatnym.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§2 ZAKRES UBEZPIECZENIA, ZAKRES TERYTORIALNY

1. Na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) sporządzenie Zagranicznej Powtórnej Opinii Lekarskiej dotyczącej Osoby Uprawnionej (KLAUZULA I);
 - 2) odpowiedzialność cywilną deliktową Uczestnika w życiu prywatnym (KLAUZULA II).
2. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Klauzuli II świadczona jest wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Szczegółowy przedmiot i zakres ubezpieczenia, obowiązki Uczestnika, tryb dochodzenia roszczeń oraz sposób ustalania wysokości i zasadności roszczeń określone są w Warunkach ubezpieczenia w poszczególnych Klauzulach wymienionych w ust. 1, stanowiących załączniki do niniejszych Warunków ubezpieczenia.

§3 OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, OKRES UBEZPIECZENIA, SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać osobie zainteresowanej, przed przystąpieniem tej osoby do umowy ubezpieczenia, warunki ubezpieczenia, w szczególności niniejsze warunki ubezpieczenia grupowego WUJA/3/2017 wraz z informacją o postanowieniach wzorca umownego, na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, rozumianym jako materiał lub urządzenie umożliwiające przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niej, w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci.
2. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie złożonych Ubezpieczającemu oświadczeń w przedmiocie przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, okres ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia w stosunku do Uczestnika rozpoczyna się dniem wskazanym na Certyfikacie.
4. Ochrona z tytułu Umowy Ubezpieczenia w zakresie „Zagranicznej powtórnej opinii lekarskiej dla mnie i mojej rodziny” w stosunku do Osoby Uprawnionej rozpoczyna się odpowiednio:
 - a) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia Pakiet JA, o ile data ta przypada w okresie od 1. do 20. dnia miesiąca,
 - b) pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia Pakiet JA, o ile data ta przypada w okresie od 21. do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego.
5. W odniesieniu do poszczególnych Uczestników Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - a) w dniu śmierci Uczestnika,
 - b) w momencie odstąpienia lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia Pakiet JA,
 - c) w momencie otrzymania oświadczenia Uczestnika o rezygnacji

- z Ochrony ubezpieczeniowej,
- d) w odniesieniu do danego przedmiotu ubezpieczenia – w dniu wyczerpania się sumy ubezpieczenia określonej dla tego przedmiotu.
6. Uczestnik jest uprawniony do rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie.
7. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ochrona ubezpieczeniowa będzie świadczona w odniesieniu do Uczestników, którzy złożyli oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia, przed dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
8. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego.

§4 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych wymienionych w par. 1 pkt. 36) b) wobec danego Uczestnika w okresie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, chyba że poszczególne Klauzule stanowią inaczej.
2. Jeżeli w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zajdzie więcej niż jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe danego rodzaju, łączna wysokość świadczeń za wszystkie te zdarzenia nie może być wyższa, niż określona dla tego rodzaju zdarzenia suma ubezpieczenia.
3. Sumy ubezpieczenia dla każdego z Uczestników zostały określone odrębnie dla każdego z przedmiotów ubezpieczenia i wskazane w poszczególnych Klauzulach.

§5 WYŁĄCZENIA GENERALNE

- Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe:
- 1) na skutek trzęsienia ziemi,
 - 2) na skutek działania energii jądrowej,
 - 3) na skutek wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia,
 - 4) w związku z zamieszkami, rozruchami, niepokojami społecznymi, strajkami i lokautami,
 - 5) w wyniku następujących zdarzeń (niezależnie od faktu, czy do powstania szkody przyczyniły się inne zdarzenia oddziałujące jednocześnie lub w dowolnej kolejności ze zdarzeniami wymienionymi poniżej):
 - a) wojny, najazdu, wrogiego działania innego państwa, agresji zbrojnej lub działań wojennych bez względu na fakt, czy wojna została wypowiedziana czy też nie, wojny domowej, buntu, przewrotu, rewolucji, powstania lub niepokojów społecznych przybierających rozmiary powstania, przewrotu wojskowego, wprowadzenia stanu wojennego lub stanu wyjątkowego,
 - b) aktu terroryzmu obejmującego w szczególności:
 - i. użycie lub groźbę użycia siły lub przemocy,
 - ii. pozbawienie życia, zniszczenie lub uszkodzenie mienia (obejmujące także usiłowanie, przygotowanie, pomocnictwo lub groźbę pozbawienia życia czy też zniszczenia lub uszkodzenia mienia), w szczególności na skutek działania promieniowania radioaktywnego lub zanieczyszczenia środkami chemicznymi lub biologicznymi,
 - iii. dokonane przez osoby lub grupy osób podejmujących działania w szczególności z pobudek politycznych, religijnych lub ideologicznych tak, aby:
 - osiągnąć cele wynikające z przekonań, niezależnie od faktu, czy cele takie zostały zmanifestowane lub sprecyzowane,
 - zastraszyć społeczeństwo lub jego część,
 - c) działań przedsięwziętych w związku z kontrolowaniem, zapobieganiem lub zwalczaniem skutków zdarzeń wymienionych w literach a) i b),
 - 6) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Uczestnik, z wyjątkiem następujących przypadków:
 - a) gdy Uczestnik przebywał jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - b) gdy Uczestnik należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu,
 - c) gdy Uczestnik był przewożony jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie.

§6 ROSZCZENIA REGRESOWE

1. Z dniem zapłaty odszkodowania, roszczenia przysługujące Uczestnikowi przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzą z mocy prawa na Ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Uczestnikowi przysługuje,

co do pozostałej części, pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem Ubezpieczyciela.

- Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Uczestnika przeciwko osobom, z którymi Uczestnik pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
- Uczestnik zobowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi, zarówno przed wypłatą, jak i po wypłacie odszkodowania, pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić niezbędnych Ubezpieczycielowi informacji.

§7 OŚWIADCZENIA WOLI

- Oświadczenia oraz powiadomienia przewidziane w Warunkach ubezpieczenia i składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia mogą być składane telefonicznie Ubezpieczycielowi, z zastrzeżeniem przypadków określonych w Warunkach ubezpieczenia, w których wymagana jest forma pisemna
- Niezależnie od powyższych postanowień tryb postępowania reklamacyjnego jest uregulowany w § 8.

§8 REKLAMACJE

- Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji, jest Zarząd Avivy lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Avivy.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w formie pisemnej – osobiście w Avivie lub w jednostce Avivy obsługującej jej klientów albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
 - ustnie – telefonicznie dzwoniąc pod numer (+48) 22 557 44 44 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w Avivie lub jednostce Avivy obsługującej jej klientów,
 - w formie elektronicznej – z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, na adres: reklamacje@aviva.pl.
- O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych (Dz. U. z 2011 roku Nr 199, poz. 1175)). Odpowiedź tą możemy dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek zgłaszającego reklamację.
- Rozpatrzymy złożoną reklamację i udzielimy odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w § 8 punkt 4, wyjaśnimy, w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację, przyczynę opóźnienia, wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
- Osoba zgłaszająca reklamację jest uprawniona do złożenia odwołania od decyzji Avivy dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia § 8 punkt 1-5.
- Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Avivy obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl
- Aviva podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Konsumentowi przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
- Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w § 8 punkt 7-9 regulują właściwe przepisy.

§9 POSTANOWIENIA DODATKOWE

- Dokumenty, składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone

na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt strony składającej dany dokument.

- Ubezpieczyciel przesyła pisma na ostatni znany adres Uczestnika i innego uprawnionego z Umowy. W przypadku zmiany adresu Uczestnik zobowiązana jest poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela.

§10 PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

- Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§11 ZASTOSOWANIA PRZEPISÓW PRAWA

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia lub niezgodzonych dodatkowo, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Avivy z dnia 14.12.2016 roku i mają zastosowanie do umów zawieranych począwszy od dnia 10.01.2017 roku.

ZAŁĄCZNIK DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO WUJA/3/2017

KLAUZULA I ZAGRANICZNA OPINIA LEKARSKA DLA MNIE I MOJEJ RODZINY

§1 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osób Uprawnionych.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej dotyczącej Osoby Uprawnionej, jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej Uczestnika, u Osoby Uprawnionej postawiono diagnozę lub stwierdzono konieczność wykonania leczenia operacyjnego, związanych z którymkolwiek z niżej wymienionych stanów chorobowych bądź uszkodzeń ciała:
 - nowotwór złośliwy,
 - niewydolność nerek,
 - schyłkowa niewydolność wątroby,
 - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby,
 - udar mózgu,
 - łagodny nowotwór mózgu,
 - zapalenie mózgu,
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - porażenie kończyn,
 - paraliż,
 - stwardnienie rozsiane,
 - choroba Alzheimera,
 - choroba Parkinsona,
 - choroby neuronu ruchowego,
 - przeszczep narządu,
 - zawał serca,
 - angioplastyka naczyń wieńcowych,
 - operacja pomostowania naczyń wieńcowych,
 - operacja zastawek serca,
 - operacja aorty,
 - bakteryjne zapalenia wsierdza,
 - niedokrwistość aplastyczna,
 - rozległe oparzenie,
 - utrata kończyn,
 - utrata słuchu,
 - utrata wzroku,
 - utrata mowy,
 - śpiączka,

- 29) cukrzyca typu 1 (insulinozależna),
- 30) gruźlica,
- 31) zakażenie wirusem HIV,
- 32) inne, niewymienione powyżej stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Osoby Uprawnionej i wymagają leczenia specjalistycznego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje również sporządzenie Specjalistycznej Informacji Medycznej Eksperta w przypadku wystąpienia u Osoby Uprawnionej innego stanu chorobowego albo uszkodzenia ciała, niż wymienione w ust. 2, powyżej, wymagającego leczenia specjalistycznego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje także dostęp do Internetowej Platformy Informacyjnej (AskBestDoctors), na której Osoby Uprawnione mogą on-line wypełnić i złożyć wniosek o uruchomienie usługi Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przeglądając przechowywaną na niej dokumentację medyczną dotyczącą zgłaszanych Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz skorzystać z szerokich zasobów informacji medycznych, w tym zawartych w Bibliotece Video On-Line.

§2 OGRAŃCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przyczyną zgłoszenia potrzeby uzyskania Zagranicznej Opinii Lekarskiej dotyczącej Osoby Uprawnionej jest:
 - ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
 - choroba przewlekła, o lekkim przebiegu,
 - zaburzenie psychiczne,
 - problem stomatologiczny.
- Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
 - w czasie pobytu Osoby Uprawnionej w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Opinii Lekarskiej, do czasu zakończenia pobytu Osoby Uprawnionej w szpitalu;
 - jeżeli stan chorobowy Osoby Uprawnionej nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego jej leczenie.
- Ubezpieczający, Ubezpieczyciel i Best Doctors nie odpowiadają za medyczną poprawność Zagranicznych Opinii Lekarskich sporządzanych przez Ekspertów, a także za skutki działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Zagranicznych Opiniach Lekarskich oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, a także ich skuteczność.

§3 ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

- W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w ramach udzielanej ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do zorganizowania oraz pokrycia kosztów sporządzenia i przetłumaczenia Zagranicznej Opinii Lekarskiej, przy czym z tytułu zaistnienia jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego Osobie Uprawnionej przysługuje tylko jedno świadczenie, to jest ma prawo do jednej Zagranicznej Opinii Lekarskiej dotyczącej tego zdarzenia.
- Warunkiem uzyskania przez Osobę Uprawnioną Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej jest dostarczenie Best Doctors wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia oraz udzielenie pisemnej zgody na zasięganie i przekazywanie danych medycznych dotyczących Uczestnika, Współmałżonka Uczestnika lub Dziecka Uczestnika.
- Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna, w części dotyczącej rozwiązania problemu medycznego, zawiera:
 - postawioną przez Eksperta powtórna diagnozę;
 - ocenę dotychczas prowadzonego leczenia;
 - propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem Eksperta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony.
- W celu uzyskania Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej Uczestnik lub Współmałżonka Uczestnika zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać następujące dane:
 - imię i nazwisko Uczestnika,
 - adres zamieszkania,
 - numer polisy potwierdzającej zawarcie Umowy ubezpieczenia Pakiet JA,
 - numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - dane Osoby Uprawnionej, której dotyczy zgłoszenie.
- Po zweryfikowaniu dostępu do świadczeń Uczestnik lub Współmałżonka Uczestnika otrzyma na wskazany przez siebie adres pakiet formularzy, które Uczestnik lub Współmałżonka Uczestnika zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia, a następnie dostarczyć na własny koszt do Centrum

Obsługi Klienta Best Doctors (adres: BEST DOCTORS, 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73) wraz z pełną dokumentacją medyczną, dotyczącą choroby Osoby Uprawnionej, i dodatkowo, w przypadku, gdy dotyczy to Współmałżonka Uczestnika lub Dziecka Uczestnika, odpowiednio z odpisem aktu małżeństwa, lub odpisem aktu urodzenia Dziecka Uczestnika.

- Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do przetłumaczenia na język kraju pochodzenia Eksperta dokumentacji medycznej dostarczonej przez Uczestnika lub Współmałżonka Uczestnika oraz przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej Ekspertowi, a także zapewnienia przetłumaczenia sporządzonej przez Eksperta Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej na język polski przed jej przekazaniem Uczestnikowi lub Współmałżonkowi Uczestnika.
- Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna zostanie sporządzona i przekazana Uczestnikowi lub Współmałżonkowi Uczestnika w sposób z nimi uzgodniony w terminie trzydziestu dni od daty dostarczenia dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5. W przypadku, gdy do sporządzenia Zagranicznej Powtórnej Opinii Medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Zagraniczna Powtórna Opinia Medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie było możliwe.
- Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta będzie zawierała ocenę stanu zdrowia Osoby Uprawnionej oraz – jeśli będzie to możliwe – propozycję sposobu leczenia schorzenia będącego przedmiotem zgłoszonego do Eksperta zapytania.
- W celu uzyskania Specjalistycznej Informacji Medycznej Eksperta Uczestnik lub Współmałżonka Uczestnika zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podać dane, o których mowa w ust. 4 pkt) a) do e) oraz udzielić niezbędnych wyjaśnień dotyczących stanu chorobowego Osoby Uprawnionej.
- Ubezpieczyciel za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się przekazać zebrane informacje, po ich przetłumaczeniu, do Eksperta, a następnie przesłać Uczestnikowi lub Współmałżonkowi Uczestnika przetłumaczony na język polski raport Eksperta. Specjalistyczna Informacja Medyczna Eksperta zostanie sporządzona w ciągu 7 dni liczonych od daty zebrania informacji, o których mowa w ust. 9, oraz przesłana we wspomnianym terminie na wskazany przez Uczestnika lub Współmałżonka Uczestnika adres poczty elektronicznej.

KLAUZULA II UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI W ŻYCIU PRYWATNYM NA TERENIE RP

§1 PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA, ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczyciel obejmuje odpowiedzialność cywilną deliktową Uczestnika oraz Osoby bliskie z nim zamieszkujące.
- W przypadku gdy Uczestnik lub Osoba bliska z nim zamieszkująca wyrządzi szkodę osobową lub rzeczową osobie trzeciej i będą oni zobowiązani do jej naprawienia w myśl obowiązujących przepisów prawa, Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie na rzecz poszkodowanej osoby trzeciej.
- Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie jeżeli szkoda osobowa lub rzeczowa, jaką poniesie osoba trzecia, została wyrządzona w związku z wykonywaniem przez Uczestnika lub Osobę bliską z nim zamieszkującą następujących czynności życia prywatnego:
 - posiadanie i używanie mienia, pod warunkiem że czynności te wykonywane były na posesji, na której znajduje się zamieszkiwane przez Uczestnika mieszkanie lub dom,
 - posiadanie zwierząt domowych chowanych w mieszkaniu lub domu,
 - opieka nad dziećmi oraz innymi osobami, za których czyny ponosi odpowiedzialność Uczestnik z mocy prawa, zamieszkałymi z Uczestnikiem w mieszkaniu lub domu,
 - zatrudnianie pomocy domowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej,
 - rekreacyjne uprawianie sportu,
 - uczestnictwo w ruchu drogowym w charakterze pieszego,
 - używanie wózków inwalidzkich,
 - używanie najmowanych domków rekreacyjnych, pokoi w hotelach, pensjonatach, motelach, zajazdach lub gospodarstwach agroturystycznych, wraz z ich wyposażeniem.
- Ochroną Ubezpieczyciela objęte są tylko takie przypadki, gdy zdarzenie powodujące szkodę wystąpiło w trakcie trwania okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Uczestnika.

§2 SUMA GWARANCYJNA

1. Suma gwarancyjna wynosi 30 000 zł i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Suma gwarancyjna ulega pomniejszeniu o każdą kwotę odszkodowania wypłaconą z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, które powstało w Okresie ubezpieczenia.

§3 WYŁĄCZENIA SZCZEGÓŁOWE

Ubezpieczyciel nie wypłaci odszkodowania z tytułu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody:

- 1) wyrządzone Uczestnikowi lub Osobom bliskim, bez względu na to, czy zamieszkują razem czy też nie, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
- 2) co do których odpowiedzialność Uczestnika lub Osób bliskich z nim zamieszkujących powinna zostać objęta obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej wynikającym z przepisów prawa,
- 3) związanych z odpowiedzialnością za części wspólne nieruchomości,
- 4) wynikłe z przeniesienia chorób w tym przez zwierzęta,
- 5) powstałe w związku z udziałem Uczestnika lub Osób bliskich z nim zamieszkujących w bójkach lub innych aktach przemocy,
- 6) powstałe w związku z posiadaniem lub użytkowaniem jednostek pływających, statków powietrznych (w tym lotni i motolotni), pojazdów samochodowych, motocykli i motorowerów, broni, amunicji lub materiałów wybuchowych,
- 7) powstałe w związku z uprawianiem przez Uczestnika lub Osobę bliską z nim zamieszkującą sportów wyczynowych i zawodowych, przez które rozumiemy uprawianie sportów w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach lub treningach przygotowujących do zawodów, a także jako indywidualny udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnonarodowym lub międzynarodowym,
- 8) powstałe na skutek uszkodzenia, zniszczenia, zaginięcia lub utraty przedmiotów lub rzeczy należących do osób trzecich, a używanych, przechowywanych lub przyjętych do naprawy przez Uczestnika lub Osoby bliskie z nim zamieszkujące,

- 9) powstałe w wyniku uszkodzenia, utraty, zniszczenia Wartości pieniężnych, papierów wartościowych, biżuterii, kamieni szlachetnych, dokumentów, planów, zbiorów archiwalnych, filatelistycznych, numizmatycznych, dzieł sztuki lub innych przedmiotów o charakterze zabytkowym, artystycznym lub unikatowym,
- 10) majątkowe niebędące następstwem szkody osobowej lub szkody rzeczowej,
- 11) powstałe wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania umowy,
- 12) za które Uczestnik lub Osoba bliska z nim zamieszkująca są odpowiedzialni w wyniku umownego przejęcia czyjejs odpowiedzialności cywilnej albo wskutek rozszerzenia zakresu odpowiedzialności cywilnej ponad odpowiedzialność wynikającą z obowiązujących przepisów prawa,
- 13) powstałe w wyniku zgody Uczestnika lub Osoby bliskiej z nim zamieszkującej na zapłacenie sumy, jako odszkodowania lub w charakterze innego świadczenia, chyba że Uczestnik lub Osoby bliskie z nim zamieszkujące byłiby zobowiązani do takiego świadczenia niezależnie od wyrażenia zgody przez Ubezpieczyciela,
- 14) powstałe w wyniku naruszenia praw autorskich, licencji, patentów lub znaków towarowych,
- 15) powstałe wskutek oddziaływania azbestu, dioksyn, formaldehydów,
- 16) wynikłe z zanieczyszczenia lub skażenia środowiska,
- 17) będące następstwem oszczerstw i pomówień lub naruszenia dóbr osobistych osoby trzeciej, innych niż życie i zdrowie.

§4 JEŚLI OSOBA TRZECIA ZGŁOSI ROSZCZENIE

1. Bez uprzedniej pisemnej zgody Ubezpieczyciela, zarówno Uczestnik, jak i Osoba bliska z nim zamieszkująca, ani nikt inny w ich imieniu nie może uznać odpowiedzialności, uczynić żadnego zobowiązania do wypłaty odszkodowania lub wypłacić kwoty z tego tytułu, a także zawrzeć ugody z poszkodowaną osobą trzecią.
2. Bez zgody Uczestnika lub Osoby bliskiej z nim zamieszkującej Ubezpieczyciel może wypłacić odszkodowanie na rzecz osoby trzeciej w wysokości odpowiadającej sumie gwarancyjnej lub mniejszej sumy, która zaspokoi roszczenia tej osoby, zwalniając się tym samym z dalszej odpowiedzialności za takie zdarzenie.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA
z siedzibą w Warszawie

 infolinia: +48 22 557 44 44

 e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl

| Ubezpieczenia | Zdrowie | Inwestycje | Emerytura |

