

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Artykuł I	Postanowienia ogólne.....	3
Artykuł II	Definicje	3
Artykuł III	Przedmiot i zakres odpowiedzialności	4
Artykuł IV	Zawarcie Umowy.....	6
Artykuł V	Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	6
Artykuł VI	Wyłączenia odpowiedzialności	7
Artykuł VII	Suma ubezpieczenia i składka	7
Artykuł VIII	Uprawnieni do świadczenia	7
Artykuł IX	Wypłata świadczenia.....	8
Artykuł X	Umowy Dodatkowe	8
1.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	8
2.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji	9
3.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.....	9
4.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	9
5.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej.....	10
6.	Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku... ..	10
7.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant I	11
8.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II.....	11
9.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	13
10.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	13
11.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku	14
12.	Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	15
13.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego	16
14.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Współmałżonka	17
15.	Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka	19
16.	Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego.....	21
17.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	21
18.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	22
19.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy.....	23
20.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.....	23
21.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	24
22.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	24
23.	Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu	25
24.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka	26
25.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.....	26
26.	Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego.....	26
27.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka.....	27
28.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	27
29.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców.....	27
30.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów	27
31.	Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka.....	28
32.	Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka.....	28
Artykuł XI	Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.....	28
Artykuł XII	Skargi i zażalenia.....	30
Artykuł XIII	Postanowienia końcowe	31
Załącznik nr 1	– Tabela uszczerbków na zdrowiu.....	32
Załącznik nr 2	– Katalog operacji chirurgicznych	44
Załącznik nr 3	– Katalog wad wrodzonych	53
Załącznik nr 4	– Tabela zakresu ochrony ubezpieczeniowej	55
Załącznik nr 5	– Tabela opłat i limitów.....	56

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE 3/2009

Artykuł I

Postanowienia ogólne

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

Artykuł II

Definicje

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

- choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- Dziecko** – o ile Umowa Dodatkowa nie stanowi inaczej, dziecko Ubezpieczonego, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie osiągnęło wieku 25 lat;
- Macocha** – aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona ojca Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- miesiąc polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli przypada w dniu, którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego;
- nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle;
- niezdolność do pracy zarobkowej** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;
- OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- Ojczym** – aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż matki Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego/Współmałżonka, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego/Współmałżonka, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi terminami należności składki;
- okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony przez daty początku i końca odpowiedzialności Towarzystwa;
- operacja chirurgiczna** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWU, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza), drobne zabiegi chirurgiczne, niewymagające pobytu w szpitalu oraz zabiegi niebędące koniecznością medyczną. Obejmuje przypadki tylko i wyłącznie umieszczone w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU;
- pobyt Dziecka w szpitalu** – pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza (bądź w szpitalach, jeżeli zmiana szpitala nastąpiła w ramach kontynuacji leczenia), w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia dziecka. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Dziecka do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
- pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza (bądź w szpitalach, jeżeli zmiana szpitala nastąpiła w ramach kontynuacji leczenia), w celu leczenia, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
- Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy oraz jej warunki;
- poważna choroba** – którakolwiek z chorób, zabiegów lub operacji zgodnie z zakresem określonym w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych dotyczących poważnych chorób;
- Pracodawca** – Ubezpieczający w rozumieniu Umowy Grupowej, w ramach której Ubezpieczony objęty był dotychczas ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo;
- prolongata** – liczba 14 dni liczona od terminu należności składki, o które Towarzystwo odroczyło opłacenie składki. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w Umowie;
- rocznica Polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
- Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami Polisy; pierwszy rok polisowy zaczyna się od daty początku okresu ubezpieczenia;
- składka całkowita** – składka ochronna lub suma składki ochronnej i inwestycyjnej należnej za Ubezpieczonego;
- składka inwestycyjna** – określona w Polisie kwota, wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, należna w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, o ile Umowa została rozszerzona o Umowę Dodatkową dotyczącą Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
- składka ochronna** – kwota określona w Polisie, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony

- ubezpieczeniowej, należna w danym okresie rozliczeniowym;
24. **suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
25. **szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub kraju Unii Europejskiej, działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Pojęcie „szpital” nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka sanatoryjnego, rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego ani jakiegokolwiek placówki, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
26. **środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego oraz statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
27. **termin należności składki** – data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach, wyznaczanych przez częstotliwość opłacania składki. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma takiego dnia, terminem należności składki jest ostatni dzień kończący okres, za który składka ochronna była ostatnio należna;
28. **Teść** – ojciec lub matka Współmałżonka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także Macocha lub Ojczym Współmałżonka Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Współmałżonka;
29. **trwale inwalidztwo** – naruszenie sprawności organizmu, polegające na trwałym uszkodzeniu ciała (utracie organu) lub na rozstroju zdrowia, które powoduje upośledzenie jego funkcji nierokujące poprawy. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki wymienione w warunkach odpowiednich Umów Dodatkowych. Sformułowania „utrata”, „porażenie” i „usztwienie” rozumiane są jako:
1. utrata – całkowita anatomiczna strata narządu;
 2. porażenie – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji;
 3. usztwienie – całkowite zniesienie ruchomości w stawie;
30. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Obejmuje przypadki tylko i wyłącznie umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU;
31. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna zawierająca Umowę i zobowiązana do opłacania składek;
32. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wymieniona imiennie w Polisie, na rzecz której zawarta jest Umowa;
33. **Umowa Dodatkowa** – umowa, o którą może zostać rozszerzony zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej;
34. **Umowa Grupowa** – dowolna Umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta z Towarzystwem, z tytułu której ochrona zakończyła się oraz w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy zawartej z Towarzystwem, na podstawie niniejszych OWU;
35. **Umowa Podstawowa** – umowa, w ramach której zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje śmierć Ubezpieczonego;
36. **Uposażony** – osoba prawna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
37. **wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – Umowa Grupowa zawarta przez Pracodawcę w okresie poprzedzającym objęcie Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy. Obejmuje także Umowę ubezpieczenia zawartą przez Pracodawcę z innym Ubezpieczycielem, o ile okres między zakończeniem ochrony z tytułu jej obowiązywania a przystąpieniem do Umowy Grupowej był nie dłuższy niż 30 dni;
38. **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu, w którym wiek jest liczony;
39. **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
40. **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
1. podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz jego Pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 2. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy, a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 3. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt. 1, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
- Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
41. **wypadek w środku lokomocji** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Artykuł III

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w pierwszym roku polisowym obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe podane w tabeli poniżej, o ile były one objęte ochroną ubezpieczeniową w ostatnim miesiącu polisowym w ramach Umowy Grupowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

1.	Śmierć Ubezpieczonego
2.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
3.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
4.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
5.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
6.	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej
7.	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
8.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 1
9.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 2
10.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
11.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu
12.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku
13.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
14.	Poważne choroby Ubezpieczonego
15.	Poważne choroby Współmałżonka
16.	Poważne choroby Dziecka
17.	Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego
18.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu
19.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
20.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
21.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
22.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu
23.	Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
24.	Pobyt Dziecka w szpitalu
25.	Urodzenie Dziecka
26.	Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną
27.	Urodzenie Dziecka martwego
28.	Śmierć Współmałżonka
29.	Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku
30.	Śmierć Rodziców
31.	Śmierć Teściów
32.	Śmierć Dziecka
33.	Osierocenie Dziecka

3. Odpowiedzialność Towarzystwa, począwszy od pierwszej rocznicy Polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe określone w ramach Pakietu I, Pakietu II lub Pakietu III, o ile zdarzenia te były przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w pierwszym roku polisowym.
4. W przypadku Ubezpieczonego,
 1. którego wiek w dniu zawarcia Umowy przekraczał 65 lat;
 2. lub który był objęty ochroną z tytułu Umowy Grupowej przez okres krótszy niż 12 miesięcy;
 3. lub który w dniu zawarcia Umowy jest częściowo lub całkowicie niezdolny do pracy albo nabył prawa do pobierania świadczenia rentowego, zakres odpowiedzialności Towarzystwa, począwszy od pierwszego roku polisowego, nie może być szerszy od zakresu określonego w ramach Pakietu III i nie szerszy od zakresu odpowiedzialności obowiązującego w ostatnim miesiącu polisowym Umowy Grupowej. Uprawy 12-miesięcznego okresu, o którym mowa powyżej, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
5. Zakres odpowiedzialności w ramach poszczególnych Pakietów obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1. **Pakiet I** – prawo do ochrony w ramach Pakietu I mają Ubezpieczeni w wieku od 16 do 60 lat.

1.	Śmierć Ubezpieczonego
2.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
3.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
4.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
5.	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
6.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 1
7.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 2
8.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
9.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku
10.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku
11.	Poważne choroby Ubezpieczonego
12.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
13.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy
14.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
15.	Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu
16.	Pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
17.	Urodzenie Dziecka
18.	Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną
19.	Urodzenie Dziecka martwego

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

20.	Śmierć Współmałżonka
21.	Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku
22.	Śmierć Rodziców
23.	Śmierć Teściów
24.	Śmierć Dziecka
25.	Osierocenie Dziecka

2. Pakiet II – prawo do ochrony w ramach Pakietu II mają Ubezpieczeni w wieku od 61 do 65 lat.

1.	Śmierć Ubezpieczonego
2.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
3.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
4.	Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
5.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 1
6.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 2
7.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
8.	Pobył Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku
9.	Śmierć Współmałżonka
10.	Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku
11.	Śmierć Rodziców
12.	Śmierć Teściów

3. Pakiet III – prawo do ochrony w ramach Pakietu III mają Ubezpieczeni w wieku powyżej 65 lat lub którzy byli objęci ochroną z tytułu Umowy Grupowej przez okres krótszy niż 12 miesięcy, lub którzy w dacie początku okresu ubezpieczenia są częściowo lub całkowicie niezdolni do pracy albo nabyli prawo do pobierania świadczenia rentowego.

1.	Śmierć Ubezpieczonego
2.	Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
3.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 1
4.	Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – wariant 2
5.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku
6.	Śmierć Współmałżonka
7.	Śmierć Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

- Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwo potwierdza w Polisie.
- Dokonanie zmian warunków w Umowie dotyczących zmiany zakresu ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2–5 oraz wysokości składki zgodnie z aktualnie obowiązującą taryfą Towarzystwa, Towarzystwo potwierdzi wystawiając aneks do Polisy, który zostanie przekazany Ubezpieczającemu nie później niż na 50 dni przed datą początku obowiązywania aneksu do Polisy, z zastrzeżeniem ust. 9.
- W każdym czasie trwania Umowy może ona być rozwiązana na skutek wypowiedzenia złożonego przez

- Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- O ile Ubezpieczający nie skorzysta z uprawnienia do wypowiedzenia Umowy, zmiana warunków jest skuteczna począwszy od daty początku obowiązywania aneksu do Polisy.
- W przypadku niedokonywania zmian w Umowie, Towarzystwo nie jest zobowiązane do wystawiania aneksu, zaś Umowa przedłuża się na zasadach określonych w Art. IV ust. 3.
- Na wniosek Ubezpieczającego i po akceptacji Towarzystwa, zakres odpowiedzialności może zostać rozszerzony o Umowę Dodatkową dotyczącą Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

Artykuł IV Zawarcie Umowy

- Umowa może być zawarta, o ile spełnione są wszystkie poniższe warunki:
 - Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy Grupowej;
 - wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi co najmniej 16 lat;
 - Ubezpieczony zaakceptuje propozycję Towarzystwa dotyczącą zakresu odpowiedzialności;
 - Ubezpieczony złoży prawidłowo i kompletnie wypełniony wniosek o zawarcie Umowy przed upływem 3 miesięcy od daty wygaśnięcia, w stosunku do Ubezpieczonego, ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Grupowej, o ile bezpośrednią przyczyną wygaśnięcia ochrony, o której mowa powyżej, nie jest dobrowolna rezygnacja Ubezpieczonego z Umowy Grupowej. O dacie złożenia wniosku decyduje data wpływu wniosku do Towarzystwa;
 - Ubezpieczający opłaci pierwszą składkę całkowitą w terminie należności składki.
- Umowa zawarta jest w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- Umowę zawiera się na okres jednego roku, liczonego od daty początku okresu ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres, chyba że Ubezpieczający złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres w terminie 30 dni przed dniem upływu okresu ubezpieczenia.

Artykuł V Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od daty wskazanej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia po dacie wpływu składki na rachunek Towarzystwa, jednak nie wcześniej niż następnego dnia roboczego po podpisaniu przez Ubezpieczonego wniosku, o którym mowa w Art. IV ust. 1 pkt. 4.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu zaistnienia jednej z okoliczności:
 - otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy w terminie 30 dni od jej zawarcia;
 - śmierci Ubezpieczonego – w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - zaprzestania opłacania składki ochronnej – z upływem dodatkowego terminu, wskazanego w wezwaniu do zapłaty;
 - rozwiązania Umowy – w dniu jej rozwiązania;

5. wypowiedzenia Umowy złożonego przez Ubezpieczającego na piśmie – z upływem 1. miesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. Wypowiedzenie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki ochronnej należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł VI

Wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 1. wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, terroryzmu, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 2. popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 3. prowadzenia pojazdu w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających;
 4. samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 1. roku od początku odpowiedzialności z tytułu Umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na życie w stosunku do tego Ubezpieczonego.
2. O ile odpowiednie warunki Umów Dodatkowych tak stanowią, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, będące przedmiotem danej Umowy Dodatkowej, powstało w następstwie:
 1. wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych;
 2. prowadzenia pojazdu bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości;
 3. usiłowania lub popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 4. spożycia lub spożywania alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych, niezaleconych przez lekarza;
 5. samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa;
 6. poddania się eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 7. wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych;
 8. udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, a w szczególności uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie oraz udziału w wyścigach wszelkiego rodzaju poza lekkoatletyką i pływaniami.
3. O ile odpowiednie warunki Umów Dodatkowych tak stanowią, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy.

Artykuł VII

Suma ubezpieczenia i składka

1. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazywać składkę całkowitą na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo przez cały okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Termin należności składki, prolongata, wysokość składki oraz częstotliwość jej opłacania określone są w Polisie.
2. Wysokość składki ochronnej ustalana jest przez Towarzystwo i zależy od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, częstotliwości opłacania składek oraz innych czynników mających wpływ na ryzyko ubezpieczeniowe, a także wieku, płci i zawodu Ubezpieczonego.
3. Składkę ochronną uważa się za opłaconą pierwszego dnia roboczego po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa kwotą w wysokości składki ochronnej.
4. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu składki całkowitej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty w dodatkowym terminie wyznaczonym w pisemnym wezwaniu oraz poinformuje go o skutkach niezapłacenia składki w ww. dodatkowym terminie.
5. Skutkiem niezapłacenia składki całkowitej jest rozwiązanie Umowy.
6. Skutek, o którym mowa w ust. 5, powstaje z upływem terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu do zapłaty.
7. W pierwszym roku polisowym obowiązują sumy ubezpieczenia, jakie obowiązywały w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim miesiącu polisowym udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Grupowej zgodnie z aktualnie obowiązującą propozycją Towarzystwa. Sumy te jednak nie mogą przekraczać maksymalnych wysokości, ustalonych przez Towarzystwo i określonych w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU. W przypadku obniżenia sum ubezpieczenia, odpowiednio pomniejszana jest również składka ochronna. Zasada powyższa nie dotyczy przypadku określonego w ust. 9.
8. Począwszy od drugiego roku polisowego obowiązują sumy ubezpieczenia określone w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU, zgodnie z aktualnym wiekiem Ubezpieczonego oraz z aktualnie obowiązującą propozycją Towarzystwa.
9. W przypadku Ubezpieczonego, którego wiek w dniu zawarcia Umowy przekraczał 65 lat lub który był objęty ochroną z tytułu Umowy Grupowej przez okres krótszy niż 12 miesięcy, lub który jest częściowo lub całkowicie niezdolny do pracy albo nabył prawo do pobierania świadczenia rentowego, sumy ubezpieczenia w pierwszym roku polisowym, jak i w kolejnych latach polisowych, nie mogą przekraczać maksymalnych sum ustalonych przez Towarzystwo w Tabeli zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanowiącej Załącznik nr 4 do OWU dla Pakietu III. W przypadku obniżenia sum ubezpieczenia, odpowiednio pomniejszana jest również składka ochronna.

Artykuł VIII

Uprawnieni do świadczenia

1. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. X ust. 1–4 przysługuje Uposażonemu, z zastrzeżeniem ust. 9.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonych we wniosku o zawarcie Umowy oraz ma prawo w każdym

- czasie ich zmienić, składając oświadczenie w formie pisemnej.
3. Zmiana Uposażonych dochodzi do skutku z datą wpływu do Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2.
 4. Ubezpieczony ma prawo wskazać kilku Uposażonych wraz z określeniem ich procentowego udziału w świadczeniu.
 5. W przypadku wskazania kilku Uposażonych, jeśli któryś z nich zmarł lub utracił prawo do świadczenia, przypadająca na niego część świadczenia zostanie rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych, proporcjonalnie do ich udziału w świadczeniu.
 6. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w dniu śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5 oraz ust. 9.
 7. Za Uposażonego zmarłego przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również Uposażonego, który zmarł jednocześnie z Ubezpieczonym.
 8. Jeżeli Uposażony zmarł po śmierci Ubezpieczonego, lecz przed dokonaniem na jego rzecz wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, świadczenie przysługuje spadkobiercom Uposażonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym, z wyłączeniem Gminy oraz Skarbu Państwa, a jeżeli ich nie ma, to spadkobiercom testamentowym powołanym przez Uposażonego, z zastrzeżeniem ust. 9.
 9. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia.
 10. Prawo do świadczenia z tytułu Umów Dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w Art. X ust. 5–31 przysługuje Ubezpieczonemu, natomiast prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, dotyczącej osierocenia Dziecka, przysługuje Dziecku Ubezpieczonego, o którym mowa w Art. X ust. 32 pkt. 1.

Artykuł IX

Wypłata świadczenia

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tego zdarzenia w dniu śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem Art. X ust. 13 pkt. 11.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Uposażony składa do Towarzystwa:
 1. wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 2. kserokopię dokumentu tożsamości Uposażonego;
 3. akt zgonu Ubezpieczonego;
 4. kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 5. inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Kserokopie składanych dokumentów winny być potwierdzone przez organ wydający, notariusza lub pracownika etatowego Generali za zgodność z oryginałem.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia, na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2.
5. Towarzystwo dokonuje wypłaty świadczenia najpóźniej w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W przypadku, gdy wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności

- Towarzystwa albo wysokości należnego świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym w ust. 5.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje w całości lub w części, Towarzystwo poinformuje o tym niezwłocznie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 8. Łączna kwota świadczeń należnych do wypłaty w związku z zajściem zdarzenia, powodującego powstanie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu:
 1. Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 2. Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji;
 3. Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 4. Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu;zostanie pomniejszona o świadczenia należne z tytułu Umów Dodatkowych obejmujących zakresem zdrowie Ubezpieczonego i z tytułu których został zgłoszony wniosek o wypłatę świadczenia, o ile istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy zdarzeniem będącym przedmiotem danej Umowy Dodatkowej, a Umowami Dodatkowymi wskazanymi w niniejszym ust. pkt. 1 – 4. Zasada, o której mowa w zdaniu poprzednim, nie ma zastosowania do Umów Dodatkowych dotyczących pobytu Ubezpieczonego w szpitalu oraz osierocenia Dziecka.
 9. Towarzystwo ma prawo odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 1. Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Towarzystwo pytało we wniosku albo innych formularzach czy pismach przed zawarciem Umowy lub przystąpieniem Ubezpieczonego do Umowy, jeżeli okoliczności te lub informacje mogły mieć wpływ na zwiększenie ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższej sytuacji prawo odmowy przyznania świadczenia wygasa, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie 3 lat od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 2. Ubezpieczony lub Uposażony nie dostarczył dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł X

Umowy Dodatkowe

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

1. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających

odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3.

3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. IX ust. 2 oraz kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego oraz jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

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

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. IX ust. 2 oraz kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji a śmiercią Ubezpieczonego oraz jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji powodujący śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

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

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

aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. IX ust. 2 oraz kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego oraz jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek przy pracy powodujący śmierć Ubezpieczonego oraz śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.

4. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego spowodowaną bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu zdefiniowanymi poniżej, które miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej:
 - 1) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu. Towarzystwo wypłaci świadczenie, o ile zostanie spełniona definicja udaru mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym;
 - 2) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Towarzystwo wypłaci świadczenie, o ile wszystkie powyższe objawy wystąpią łącznie albo zawał serca zostanie potwierdzony badaniem sekcyjnym.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej

dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych Art. VI ust. 2 pkt. 4–6.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Uposażony składa do Towarzystwa dokumenty, o których mowa w Art. IX ust. 2.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.
6. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego oraz jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

5. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

1. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie niezdolności do pracy zarobkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub za skutki zdarzeń powstałych w następstwie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) niezdolność do pracy zarobkowej została orzeczona na okres trwający nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) niezdolność do pracy zarobkowej istnieje w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia

i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości;

- 3) okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego powstanie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 4) zdarzenie powodujące powstanie niezdolności do pracy zarobkowej miało miejsce w trakcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wygasa nie później niż z upływem pierwszego roku polisowego.
- ### 6. Umowa Dodatkowa dotycząca niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku
1. W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia zdarzenia powodującego powstanie niezdolności do pracy zarobkowej.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub za skutki zdarzeń powstałych w następstwie choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.
 3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 4) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 4. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3 lub może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt dodatkowych badań pokrywa Towarzystwo.
 5. Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) niezdolność do pracy zarobkowej została orzeczona na okres trwający nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) niezdolność do pracy zarobkowej istnieje w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w przyszłości;
 - 3) okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się nie później niż przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 roku życia.

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

1. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów

Utrata wzroku w obu oczach	100%
Utrata wzroku w jednym oku	35%
Utrata słuchu w obu uszach	50%
Utrata słuchu w jednym uchu	15%

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%
Utrata jednej dłoni	50%
Utrata kciuka w całości	20%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata wszystkich palców ręki	40%

Kończyny dolne

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

Niedowład czterokończynowy	100%
-----------------------------------	-------------

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa, podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu spełnienia świadczenia, w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia, należnego z tytułu zajścia jednego lub kilku zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych ochroną w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.
4. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;

- 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
- 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 7.
7. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
9. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
10. Trwałe inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, jednak przed upływem 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 5.
11. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
12. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 100% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
13. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt. 1 procenty inwalidztwa, dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.

8. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – Wariant II

1. W przypadku powstania trwałego inwalidztwa, Towarzystwo wypłaci następujące świadczenia, określone w poniższej tabeli jako procent sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku:

Narządy zmysłów

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

Kończyny górne

Porażenie całej kończyny górnej	60%
Utrata w stawie barkowym	70%
Usztywnienie barku	35%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
Utrata poniżej stawu łokciowego	55%

Ogólne warunki indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

Usztywnienie łokcia	30%
Utrata jednej dłoni	50%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia)	20%
Usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
Utrata kciuka w całości	20%
Usztywnienie kciuka	15%
Utrata palca wskazującego w całości	10%
Utrata innego palca ręki w całości	5%
Kończyny dolne	
Porażenie całej kończyny dolnej	60%
Utrata w stawie biodrowym	70%
Usztywnienie stawu biodrowego	40%
Utrata powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
Usztywnienie stawu kolanowego	25%
Utrata poniżej stawu kolanowego	50%
Usztywnienie stawu skokowego	15%
Utrata stopy w całości	40%
Utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
Skrócenie kończyny dolnej (nie dotyczy utraty części kończyny)	
– o co najmniej 5 cm	30%
– od 3 do 5 cm	20%
– od 1 do 3 cm	10%
Utrata palucha w całości	5%
Utrata innego palca stopy w całości	2%
Porażenie czterokończynowe	100%
Głowa	
Utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
– na powierzchni 6 cm kw.	30%
– na pow. od 3 do 6 cm kw.	20%
– na pow. mniejszej niż 3 cm kw.	10%
Porażenia nerwów	
Całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
Całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%
Całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
Całkowite porażenie nerwu udowego	30%

Całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%
Klatka piersiowa	
Uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
Uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	40%
Uszkodzenie płuc i opłucnej	
– bez niewydolności oddechowej	5%
– z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
Utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
Utrata brodawki sutkowej u kobiety	5%
Jama brzuszna	
Utrata śledziony	10%
Utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
Utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20%
Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
Utrata wątroby (więcej niż 50% mięszu)	20%
Narządy moczopłciowe	
Utrata nerki w całości	20%
Utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
Uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
Utrata prącia	40%
Utrata jądra lub jajnika	20%
Utrata macicy – u osoby do 45 roku życia	40%
Utrata macicy – u osoby powyżej 45 roku życia	20%

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się w dniu spełnienia świadczenia, w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia, należnego z tytułu zajścia jednego lub kilku zdarzeń ubezpieczeniowych, objętych ochroną w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.
- W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
- Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - kserokopię dokumentu tożsamości;

- 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwale inwalidztwo oraz przebieg leczenia;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.5 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt.7.
 7. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 8. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem.
 9. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
 10. Trwale inwalidztwo ustala się po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia usprawniającego, przed upływem 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt.5.
 11. Późniejsza zmiana stopnia trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
 12. Kolejne świadczenia wypłacane z tytułu Umowy Dodatkowej nie mogą być wyższe niż kwota wynikająca z różnicy pomiędzy 100% inwalidztwa a sumą procentów inwalidztwa z roszczeń uznanych w przeszłości przez Towarzystwo.
 13. W przypadku częściowej utraty, usztywnienia, niedowładu lub porażenia części ciała, które istniały przed nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w pkt. 1 procenty inwalidztwa, dotyczące tych części ciała, zostaną zmniejszone odpowiednio o stopień inwalidztwa istniejącego przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
- 9. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3.
 3. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / z policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4. Ponadto Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 6. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego oraz trwały uszczerbek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 7. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
 8. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
 9. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt.4.
 10. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie zmniejszony odpowiednio o stopień uszczerbku istniejący przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
 11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 12. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- 10. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej wymienionych i zdefiniowanych chorób:
 - 1) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego

- zewnątrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- 2) **zawał serca** – pełnościenne martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 pkt. 4–6.
 3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony w jego wyniku zmarł.
 4. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony:
 - 1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu zawału serca/udaru mózgu lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością ich wystąpienia;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego zawału serca/udaru mózgu, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
 5. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu, spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwały uszczerbek na zdrowiu oraz przebieg leczenia;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz stopniu (procencie) trwałego uszczerbku na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6 oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w pkt. 8.
 8. Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
 9. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu, powodujące trwały uszczerbek oraz trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru mózgu, nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwały uszczerbek wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zawałem serca albo udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
 10. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym zawałem serca lub udarem mózgu.
 11. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty wystąpienia zawału lub udaru mózgu i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 6.
 12. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym zawałem serca lub udarem mózgu, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie zmniejszony odpowiednio o stopień uszczerbku istniejący przed zawałem serca/udarem mózgu.
 13. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 14. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 15. W przypadku wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie jego skutków przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał powyższych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 16. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
- ### 11. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku
1. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka.
 3. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Współmałżonek w jego wyniku zmarł.
 4. W przypadku wystąpienia nieszczęśliwego wypadku Współmałżonek jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Jeżeli Współmałżonek umyślnie nie wykonał niniejszych obowiązków, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
 5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;

- 5) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka oraz przebieg leczenia;
 - 6) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.5. Ponadto Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty tych badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
7. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
- 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka oraz trwałe uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwałe uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Współmałżonka.
8. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
9. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 5.
10. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie zmniejszony odpowiednio o stopień uszczerbku istniejący przed tym nieszczęśliwym wypadkiem.
11. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, która stanowi Załącznik nr 1 do OWU.
12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Współmałżonka.
13. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
14. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.

12. Umowa Dodatkowa dotycząca trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następującą definicję:

Dziecko – dziecko własne Ubezpieczonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat.

2. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 oraz dotyczących Dziecka.
4. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli w ciągu 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku Dziecko w jego wyniku zmarło.
5. W przypadku, gdy Dziecko nie poddało się/nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu złagodzenia skutków wypadku, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.
6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej trwałe uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz przebieg leczenia;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia oraz jego stopniu (procencie) na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.6. Ponadto Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie lub na wizytę do wskazanego przez siebie lekarza orzecznika. Koszty badań oraz wizyty pokrywa Towarzystwo.
8. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący trwałe uszczerbek na zdrowiu Dziecka oraz trwałe uszczerbek nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) trwałe uszczerbek na zdrowiu Dziecka nastąpił przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Dziecka.
9. Prawo do świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym nieszczęśliwym wypadkiem.
10. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest po zakończeniu leczenia usprawniającego i okresu rehabilitacji, nie wcześniej niż po 3 miesiącach od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku i nie później niż po upływie 24 miesięcy od daty zgłoszenia wniosku, o którym mowa w pkt. 6.

11. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym nieszczęśliwym wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie zmniejszony odpowiednio o stopień uszczerbku istniejący przed tym nieszczęśliwym wypadkiem
 12. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka stosuje się Tabelę uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU.
 13. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Dziecko.
 14. Po ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
 15. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia.
- 13. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Ubezpieczonego**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej:
 - 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łączne wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;
 - b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
 - c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
 - d) przeszczepienie szpiku kostnego.Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
 - 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
 - 3) **choroba Creutzfelda–Jakoba** – klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
 - c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
 - e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
 - 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniaków, malformacji naczyniowych, krwiałków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
 - 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
 - 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Ubezpieczonego. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina). Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);
 - 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
 - 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczępieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
 - 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Ubezpieczony jest biorcą;
 - 12) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
 - 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona

klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;

14) zakażenie wirusem HIV:

- a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby niechorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;

15) zawał serca – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.

2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt 1), 3)– 4), 6)–8) oraz 12) – 15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt. 1, ppkt 2),5) oraz 9) – 11).
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Ubezpieczonego nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyliczających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub jeżeli poważna choroba powstała w następstwie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1.
4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem ust.5.
5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób, wymienionych w pkt.1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, o ile łącznie spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Grupowej obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby;
 - 2) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Umowy Grupowej, obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej, a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej, był nie dłuższy niż 30 dni;
 - 3) w ramach Umowy Grupowej nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej

poważnej choroby Ubezpieczonego w związku z chorobą pozostającą w związku przyczynowo –skutkowym ze zgłoszonym roszczeniem w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.

6. W przypadku kolejnej poważnej choroby Ubezpieczonego, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo–skutkowy.
7. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tą samą wymienioną i zdefiniowaną poważną chorobą Ubezpieczonego, spośród wymienionych w pkt. 1.
8. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony:
 - 1) nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u niego poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnej choroby;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1 ppkt 14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9. Ponadto Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
11. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 30 dni od:
 - 1) daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt 1), 3)– 4), 6)–8) oraz 12) – 15) lub
 - 2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt. 1, ppkt 2),5) oraz 9) – 11)Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej pomniejszone o należne świadczenie z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego, o ile zostało zgłoszone do Towarzystwa oraz istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy poważną chorobą Ubezpieczonego a jego śmiercią.
12. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnej choroby Ubezpieczonego wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

14. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Współmałżonka

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Współmałżonka którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób lub przeprowadzenie operacji w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej:
 - 1) **anemia aplastyczna** – wystąpienie przewlekłej i nieodwracalnej niewydolności szpiku, której rezultatem jest łącznie wystąpienie spadku poziomów krwinek czerwonych, białych i płytek krwi, wymagającego regularnego leczenia przynajmniej jedną z następujących metod:
 - a) przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych;

- b) leczenie lekami immunosupresyjnymi;
c) leczenie czynnikami stymulującymi szpik;
d) przeszczepienie szpiku kostnego.
Wymagane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem histopatologicznym (trepanobiopsja) i opinia specjalisty hematologa;
- 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – leczenie choroby wieńcowej, polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
- 3) **choroba Creutzfelda–Jakoba** – klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- a) poruszania się w domu – poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej;
b) kontrolowania czynności fizjologicznych – samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywania higieny osobistej;
c) ubierania się – samodzielnego ubierania i rozbierania się – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
d) mycia i toalety – samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą – bez konieczności pomocy osoby drugiej;
e) jedzenia – wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
- 4) **guzy mózgu** – niezłośliwe nowotwory mózgu, z wyłączeniem cyst, ropni, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, krwiaków, guzów przysadki mózgowej oraz szyszynki. Konieczna jest weryfikacja histopatologiczna guza lub w przypadku zaniechania operacji, potwierdzenie rozpoznania badaniem rezonansu jądrowego lub arteriograficznym;
- 5) **leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass)** – operacja chirurgiczna, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią, wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej;
- 6) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 7) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych z naciekaniem zdrowych tkanek, udokumentowany rozpoznaniem histopatologicznym, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Współmałżonka. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina). Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV oraz wszelkich rodzajów nowotworów skóry (poza czerniakiem złośliwym);
- 8) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- 9) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej, przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczynia, w tym tętniaków, rozwarstwienia lub koarktacji aorty. Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 10) **operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca. Termin ten nie obejmuje zabiegów, polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń;
- 11) **przeszczep dużych narządów** – operacyjny przeszczep nerki, serca, płuca lub wątroby, pod warunkiem, że Współmałżonek jest biorcą;
- 12) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- 13) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach wskutek choroby. Diagnoza powyższa powinna być potwierdzona klinicznie przez lekarza okulistę oraz lekarza Towarzystwa;
- 14) **zakażenie wirusem HIV:**
- a) jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby niechorującej na hemofilię lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- b) będące następstwem bezpośredniego wykonania obowiązków zawodowych lub pełnoobjawowe AIDS, będące następstwem zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych, potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 15) **zawał serca** – pełnościenna martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
2. W przypadku wystąpienia u Współmałżonka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt 1), 3)– 4), 6)–8) oraz 12) – 15), bądź przeprowadzenia operacji lub zabiegu wymienionych w pkt. 1, ppkt 2),5) oraz 9) – 11).

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Współmałżonka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączaających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 i dotyczących Współmałżonka lub jeżeli poważna choroba Współmałżonka powstała w następstwie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1 ppkt. 14).
 4. Towarzystwo nie przyznaje prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Współmałżonka, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt. 1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, o ile łącznie spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Grupowej, obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Współmałżonka;
 - 2) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Umowy Grupowej, obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Współmałżonka, a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej, był nie dłuższy niż 30 dni;
 - 3) w ramach Umowy Grupowej nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnej choroby Współmałżonka w związku z chorobą pozostającą w związku przyczynowo-skutkowym ze zgłoszonym wnioskiem w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.
 6. W przypadku kolejnej poważnej choroby Współmałżonka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo-skutkowy.
 7. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Współmałżonka, spośród wymienionych w pkt. 1.
 8. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Współmałżonek nie poddał się opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) Współmałżonek lub Ubezpieczony nie umożliwił Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Współmałżonka poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką pozostawał lub nadal pozostaje.
 9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) akt zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnej choroby u Współmałżonka;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1 ppkt. 14), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 10. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9. Ponadto Towarzystwo ma prawo skierować Współmałżonka na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
 11. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie 30 dni od:
 - 1) daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, ppkt. 1), 3)–4), 6)–8) oraz 12) – 15) lub
 - 2) daty przeprowadzenia operacji wymienionych w pkt. 1, ppkt. 2), 5) oraz 9) – 11)Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Współmałżonka pomniejszone o należne świadczenie z tytułu poważnej choroby Współmałżonka, o ile zostało zgłoszone do Towarzystwa oraz istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy poważną chorobą Współmałżonka a jego śmiercią.
 12. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnej choroby Współmałżonka wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.
- ### 15. Umowa Dodatkowa dotycząca poważnej choroby Dziecka
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje zdiagnozowanie u Dziecka Ubezpieczonego którejkolwiek z niżej wymienionych i zdefiniowanych chorób w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej:
 - 1) **cukrzyca** – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
 - 2) **dystrofia mięśniowa** – postępująca dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikami badań biochemicznych (CPK), elektromiografii i biopsji mięśnia;
 - 3) **guzy śródczaszkowe** – wewnątrzczaszkowe, zagrażające życiu, niezłośliwe nowotwory, wymagające usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujące trwałe ubytek neurologiczny. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku, kiedy nie zastosowano leczenia operacyjnego, konieczne jest potwierdzenie badaniem obrazowym (MRJ, TK, arteriografia) i opinią neurologa lub neurochirurga. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - a) malformacje naczyniowe;
 - b) nienowotworowe guzy mózgu (krwiaki, ziarniniaki, ropnie);
 - c) torbiele;
 - d) guzy przysadki mózgowej i szyszynki mniejsze niż 1 cm.
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium niewydolności nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 3 miesiące lub przeszczepu nerki; Za niewydolność nerek nie uważa się ostrych zaburzeń czynności nerek (np. w wyniku zatrucia, wstrząsu) nawet, jeśli konieczne było zastosowanie dializ;
 - 5) **niewydolność wątroby** – krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych

- funkcji u osoby z istniejącą od co najmniej 6 miesięcy chorobą wątroby, charakteryzującą się wystąpieniem objawów encefalopatii wątrobowej oraz żółtaczką i wodobrzuszą, stanowiące wskazanie do przeszczepu wątroby;
- 6) **nowotwór złośliwy** – obecność guza, określonego histopatologicznie jako złośliwy, charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami histopatologicznymi, gdzie o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje pierwszorazowe rozpoznanie nowotworu u Dziecka. Ponadto zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN 1 – 3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (= < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia);
 - d) nadmierne rogowacenie (hiperkeratoza), rak podstawnokomórkowy i kolczystokomórkowy skóry;
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - 7) **oparzenia** – oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
 - 8) **śpiączka** – stan utraty przytomności, spowodowany chorobą lub urazem, z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego, przez co najmniej 6 miesięcy;
 - 9) **zakażenie wirusem HIV** – jako powikłanie transfuzji krwi, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, u osoby niechorującej na hemofilie lub potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu albo inną wiarygodną dokumentacją – zgodnie z wnioskiem Towarzystwa pod warunkiem, że zakażenie miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 10) **zapalenie mózgu** – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzytygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
2. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważna choroba Dziecka nastąpiła w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 i dotyczących Dziecka lub jeżeli poważna choroba Dziecka powstała w następstwie:
 - 1) pozostawiania Dziecka pod wpływem leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia, a także pod wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV, będącego przedmiotem Umowy Dodatkowej zgodnie z definicją tej choroby zapisaną w pkt. 1.
 4. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z poważną chorobą Dziecka, która jest następstwem stanów chorobowych zdiagnozowanych lub leczonych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 5.
 5. Jeżeli stany chorobowe, których następstwem jest wystąpienie którejkolwiek z poważnych chorób wymienionych w pkt.1, zaistniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, o ile łącznie spełnione zostały niżej wymienione warunki:
 - 1) stany chorobowe zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Grupowej, obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka;
 - 2) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Umowy Grupowej, obejmującej zakresem wystąpienie danej poważnej choroby Dziecka, a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej ,był nie dłuższy niż 30 dni;
 - 3) w ramach Umowy Grupowej nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej poważnej choroby Dziecka w związku z chorobą pozostającą w związku przyczynowo–skutkowym ze zgłoszonym roszczeniem w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej.
 6. Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z tym samym rodzajem poważnej choroby Dziecka, spośród wymienionych w pkt. 1.
 7. W przypadku kolejnej poważnej choroby Dziecka, prawo do świadczenia nie zostanie przyznane, jeżeli pomiędzy poszczególnymi poważnymi chorobami zachodzi związek przyczynowo–skutkowy.
 8. Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli:
 - 1) Dziecko nie poddało się/nie zostało poddane opiece lekarskiej, leczeniu lub zaleceniom lekarza w celu zapobieżenia wystąpieniu poważnej choroby lub w celu złagodzenia objawów związanych z możliwością wystąpienia poważnej choroby;
 - 2) Dziecko lub Ubezpieczony nie umożliwili Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia u Dziecka poważnej choroby, szczególnie od lekarza, pod którego opieką Dziecko pozostawało lub nadal pozostaje.
 9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

- 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Dziecka poważnej choroby;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w pkt. 1 ppkt. 9), prawomocne orzeczenie sądu lub inną wiarygodną dokumentację, zgodnie z wnioskiem Towarzystwa;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.9. Ponadto Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
11. W przypadku śmierci Dziecka w okresie 30 dni od daty zdiagnozowania jednej z chorób wymienionych w pkt. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Dziecka pomniejszone o należne świadczenie z tytułu poważnej choroby Dziecka, o ile zostało zgłoszone do Towarzystwa oraz istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy poważną chorobą Dziecka a jego śmiercią.
12. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poważnej choroby Dziecka wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

16. Umowa Dodatkowa dotycząca operacji chirurgicznych Ubezpieczonego

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, przeprowadzone w szpitalu oraz wymienione w Katalogu operacji chirurgicznych, stanowiącym Załącznik nr 2 do niniejszych OWU.
2. W przypadku poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii A;
 - 2) 80% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii B;
 - 3) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii C;
 - 4) 40% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii D;
 - 5) 20% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji chirurgicznej z kategorii E.
3. Prawo do świadczenia, o którym mowa w pkt. 2 zostanie przyznane, jeżeli operacja została przeprowadzona w trakcie pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub jeżeli operacja była następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
5. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia w związku z operacją chirurgiczną:
 - 1) poddania się leczeniu stomatologicznemu, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków, gdy przeprowadzenie operacji spowodowane było koniecznością usunięcia

- następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 2) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 3) która miała na celu pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 4) która była wykonana w celach diagnostycznych lub która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która została zalecona lub o której postanowiono przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, z zastrzeżeniem pkt. 6.
6. Jeżeli wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność o, ile spełnione zostały niżej wymienione warunki:
- 1) wystawienie skierowania lub zlecenie przeprowadzenia operacji miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy Grupowej obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji;
 - 2) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Umowy Grupowej, obejmującej zakresem przeprowadzenie danej operacji, a datą przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej, był nie dłuższy niż 30 dni.
7. Jeżeli w ciągu 3 następujących po sobie dni, Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt. 2 jest najwyższa.
8. Niezależnie od liczby przeprowadzonych operacji chirurgicznych, jeżeli konieczność ich przeprowadzenia wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za pojedynczą operację chirurgiczną, w związku z którą wysokość świadczenia ustalonego zgodnie z postanowieniami pkt. 2 i pkt. 7 jest najwyższa.
9. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
- 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - 4) zaświadczenie o przebyciu operacji chirurgicznej,
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o uznaniu wypłaty świadczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 9.
11. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

17. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą oraz rozpoczął się:
 - 1) w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej;
 - 2) albo w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu Umowy Grupowej, o ile ochrona z tytułu

- Umowy Grupowej zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 4. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 2 i 3, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 5. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia aktualnej w pierwszym dniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w trakcie trwania ochrony z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu dotyczył:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 5) leczenia i zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) przeprowadzenia zabiegu sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 7) badań lekarskich, dodatkowych badań medycznych służących ustaleniu istnienia choroby zawodowej, badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania, badań dawców narządów (z wyjątkiem pobytów związanych bezpośrednio z pobraniem narządu);
 - 8) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 8. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym, stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego.
 9. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 10. W przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego ciążą, poza pobytami związanymi z porodem, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w czasie trwania jednej ciąży.
 11. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 12. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany został zarówno chorobą jak i nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, ustalone w wysokości świadczenia należnego w związku z pobytami w szpitalu spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem.
 13. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości określonej w pkt. 2.
 14. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
 15. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 14;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 16. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 15.
 17. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.
- 18. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 2, w wysokości 1%

- sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
 6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 9. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
 10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 9;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10.
 12. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
- 19. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
 5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 6. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
 8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.
 10. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.
- 20. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji**
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem w środku lokomocji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

- 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
3. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 lub jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
5. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
6. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
7. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 4) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.
10. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej oraz zdefiniowanych poniżej:
 - 1) **udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego

zewnątrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;

- 2) **zawał serca** – pełnościenne martwica fragmentu mięśnia sercowego w wyniku nagłego przerwania dopływu krwi, której rozpoznanie potwierdzone być musi wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, pojawieniem się nowych, charakterystycznych dla zawału serca zmian w zapisie ekg, podwyższeniem poziomu enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia serca. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie.
2. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu zdiagnozowanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2.
6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 30 dni w ciągu jednego roku polisowego.
7. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi.
9. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości;
 - 3) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie szpitalne, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku pobytów w szpitalu trwających dłużej niż 30 dni;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
10. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt.9.
11. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

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

1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczął się i miał miejsce w okresie

- odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. W przypadku pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 2) 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.
 3. W przypadku przebywania Współmałżonka na OIOM-ie podczas pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt. 2, w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 4. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy Dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Współmałżonka w szpitalu.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 i dotyczyły Współmałżonka lub będących następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.
 6. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Współmałżonka w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w ciągu jednego roku polisowego.
 7. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonka był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 8. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt w szpitalu Współmałżonka związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 9. Jeżeli okres pobytu Współmałżonka w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
 10. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię dokumentu tożsamości Współmałżonka;
 - 5) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt w szpitalu już się zakończył;
 - 6) dokument potwierdzający leczenie Współmałżonka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 9;
 - 7) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku;
 - 8) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 11. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 10.
 12. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Współmałżonka w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.
- ### 23. Umowa Dodatkowa dotycząca pobytu Dziecka w szpitalu
1. Zakres Umowy Dodatkowej obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą oraz rozpoczął się:
 - 1) w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej
 - 2) albo w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu Umowy Grupowej, o ile ochrona z tytułu Umowy Grupowej zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy Dodatkowej.
 2. W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w pierwszym dniu pobytu Dziecka w szpitalu, w trakcie trwania ochrony z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 2 i odnoszących się do Dziecka lub będących następstwem:
 - 1) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, a także ataku konwulsji, epilepsji;
 - 2) zaburzeń zachowania, nerwic i uzależnień;
 - 3) wad wrodzonych i schorzeń będących ich następstwem;
 - 4) przeprowadzenia zabiegu sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;
 - 5) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 6) operacji kosmetycznych lub plastycznych, w tym operacji zmiany płci, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych lub choroby nowotworowej wykrytej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 4. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia, jeśli pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany usuwaniem ciąży łożogiem lub porodem, poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje łożogów bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Dziecka.
 5. W ciągu jednego roku polisowego Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
 6. Towarzystwo nie przyzna prawa do świadczenia, jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
 7. Po okresie pobytu Dziecka w szpitalu przekraczającym 7 dni, możliwe jest wypłacenie świadczenia należnego w związku z tym pobytym Dziecka w szpitalu, nawet jeżeli pobyt Dziecka w szpitalu jeszcze się nie zakończył.

8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego w przypadku, gdy pobyt Dziecka w szpitalu już się zakończył;
 - 5) dokument potwierdzający leczenie szpitalne Dziecka, wydany przez lekarza prowadzącego w przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w pkt. 7;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
9. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 8.
10. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu wygasa z upływem pierwszego roku polisowego.

24. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka

1. W przypadku urodzenia się żywego Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka.
2. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia zostanie wypłacone, jeżeli urodzenie Dziecka nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu urodzenia Dziecka wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

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

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Wada wrodzona** – pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa, dotycząca narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne, prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych, nabyte w życiu płodowym upośledzające czynność ustroju i będące zagrożeniem dla życia Dziecka, o których mowa w Załączniku nr 3 do OWU;
 - 2) **Ciąża mnoga** – inaczej ciąża wielopłodowa występująca w przypadku jednoczesnego rozwoju wewnątrz macicy więcej niż jednego zarodka.
2. W przypadku urodzenia żywego Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka, z zastrzeżeniem pkt. 3.
3. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka, o którym mowa w pkt. 2, zostanie powiększone o 40% sumy ubezpieczenia należnej z tytułu urodzenia Dziecka w przypadku:

- 1) ciąży mnogiej – za każde żywe Dziecko urodzone w wyniku ciąży mnogiej;
 - 2) urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, z zastrzeżeniem pkt.4 oraz pkt.5.
4. Świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt. 3 ppkt. 2) zostanie wypłacone o ile:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia żywego Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1. roku życia Dziecka;
 - 2) Dziecko przeżyło co najmniej 30 dni od daty urodzenia;
 - 3) wada wrodzona wymieniona jest w Katalogu wad wrodzonych stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU.
 5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną, o którym mowa w pkt. 3 ppkt. 2) nastąpiło:
 - 1) w wyniku choroby lub urazu dotyczących Dziecka a zaistniałych podczas porodu lub po urodzeniu się Dziecka;
 - 2) w związku z chorobą AIDS lub z zarażeniem się Dziecka wirusem HIV w okresie płodowym;
 - 3) na skutek przyjmowania przez Matkę w okresie ciąży: alkoholu lub narkotyków lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim;
 - 4) w związku z nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej lub nieprzebraniem przez Matkę w okresie ciąży zaleceń lekarzy oraz podejmowania przez nią działań mogących spowodować wady płodu.
 6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną oraz kartę przebiegu ciąży – w przypadku zgłaszania urodzenia Dziecka z wadą wrodzoną;
 - 5) zaświadczenie o stanie zdrowia Dziecka wystawione przez lekarza, nie wcześniej niż po 30 dniach od dnia urodzenia – w przypadku wykrycia wady wrodzonej w pierwszym miesiącu życia Dziecka;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
 7. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6.
 8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu urodzenia Dziecka, rozszerzonego o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną, wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

26. Umowa Dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka martwego

1. W przypadku urodzenia Dziecka martwego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Dziecka martwego.
2. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu urodzenia Dziecka;

- 4) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie dziecka martwego;
- 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
3. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 2, gdzie potwierdzeniem urodzenia się martwego dziecka jest odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu urodzenia Dziecka martwego wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

27. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka

1. W przypadku śmierci Współmałżonka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Współmałżonka, z zastrzeżeniem ust. 14 pkt. 11.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. VI ust. 2 pkt. 1 i odnoszącą się do Współmałżonka.
3. Zgłaszając Wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zgonu Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.

28. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku śmierci Współmałżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku powodującego śmierć Współmałżonka.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. VI ust. 2 oraz ust. 3 i odnoszącą się do Współmałżonka.
3. Prawo do świadczenia przysługuje, o ile z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Współmałżonka.
4. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli śmierć Współmałżonka nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.
5. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu zgonu Współmałżonka;
 - 3) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

- 4) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
- 5) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP / policji / prokuratury) potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku;
- 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
6. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 5.

29. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Rodziców

1. W przypadku śmierci Rodziców w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Rodzica.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. VI ust. 2 pkt. 1 i odnoszącą się do Rodziców.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma/Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec/ matka Ubezpieczonego nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca/matki.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Rodzica;
 - 4) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Rodziców wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

30. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Teściów

1. W przypadku śmierci Teściów w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Teścia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. VI ust. 2 pkt. 1 i odnoszącą się do Teściów.
3. W przypadku, gdy nie żyje Współmałżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Teściów, o ile Ubezpieczony nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyma/Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec/matka Współmałżonka nie żyje i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca/matki Współmałżonka.
5. Z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej śmierci Teściów, Towarzystwo wypłaci nie więcej niż 2 świadczenia.
6. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopie dokumentów tożsamości Ubezpieczonego i Współmałżonka;
 - 3) kserokopię aktu zawarcia związku małżeńskiego;
 - 4) kserokopię aktu zgonu Teścia;

- 5) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
7. Towarzystwo decyduje o uznaniu roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 6.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Teściów wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

31. Umowa Dodatkowa dotycząca śmierci Dziecka

1. W przypadku śmierci Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem ust. 15 pkt. 11.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z przyczyną wyłączającą odpowiedzialność Towarzystwa podaną w Art. VI ust. 2 pkt. 1 i odnoszącą się do Dziecka.
3. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Ubezpieczony składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu tożsamości Ubezpiezonego;
 - 3) kserokopię aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione – kserokopię dokumentacji potwierdzającej przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia, na wniosek Towarzystwa.
4. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 3.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Dziecka wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

32. Umowa Dodatkowa dotycząca osierocenia Dziecka

1. Na użytek niniejszej Umowy Dodatkowej wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpiezonego lub przysposobione, które nie osiągnęło wieku 25 lat lub bez względu na wiek, w razie jego niezdolności do pracy;
 - 2) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność Dziecka do wykonywania jakiegokolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej.
2. W przypadku śmierci Ubezpiezonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej, powodującej osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpiezonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu śmierci Ubezpiezonego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa podanych w Art. VI ust. 1.
4. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia, Dziecko Ubezpiezonego składa do Towarzystwa:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kserokopię aktu urodzenia Dziecka oraz dokumentu tożsamości opiekuna prawnego Dziecka,

lub w przypadku Dziecka pełnoletniego, kserokopię dokumentu tożsamości Dziecka;

- 3) kserokopię aktu zgonu Ubezpiezonego;
 - 4) w przypadku, gdy Dziecko zostało przysposobione – kserokopię dokumentacji potwierdzającej przysposobienie Dziecka;
 - 5) kserokopię karty zgonu albo, jeżeli jej uzyskanie nie jest możliwe, dokumentację medyczną stwierdzającą przyczynę śmierci;
 - 6) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia na wniosek Towarzystwa.
5. Towarzystwo decyduje o zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w pkt. 4.
 6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu osierocenia Dziecka wygasa nie później niż z upływem roku polisowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

Artykuł XI

Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

1. Dodaje się następujące pojęcia:
 1. **alokacja** – określony w Polisie procent składki inwestycyjnej lub składki doraźnej, przeznaczony na nabycie jednostek uczestnictwa;
 2. **cena nabycia jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na podstawowy i dodatkowy rachunek jednostek uczestnictwa;
 3. **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek uczestnictwa;
 4. **fundusz** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, będący wyodrębnionymi aktywami Towarzystwa, podzielonymi na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa;
 5. **portal** – portal internetowy – serwis informacyjny – transakcyjny łączący Towarzystwo z użytkownikami internetu;
 6. **rachunek jednostek uczestnictwa** – wyodrębniony dla każdego Ubezpiezonego rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za wpłatę transferową oraz za składki inwestycyjne i składki doraźne;
 7. **składka doraźna** – kwota wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, wpłacana w dowolnym terminie i wysokości nie niższej niż minimalna składka doraźna ustalona przez Towarzystwo;
 8. **składka inwestycyjna** – określona w Polisie kwota, wpłacana w celu zakupu jednostek uczestnictwa, należna w danym okresie rozliczeniowym. Składka inwestycyjna jest należna, o ile Umowa została rozszerzona o Umowę Dodatkową dotyczącą Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
 9. **wartość polisy** – iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 10. **wpłata transferowa** – wpłata przekazywana przy zawarciu Umowy na rachunek jednostek uczestnictwa, równa sumie wartości podstawowego i dodatkowego rachunku jednostek inwestycyjnych, utworzonych dla Ubezpiezonego, w związku z Umową Grupową.
2. Zakres Umowy Dodatkowej
 1. Zawierając Umowę Dodatkową dotyczącą Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Ubezpieczający jest zobowiązany podpisać Regulamin korzystania z usług serwisu informacyjno –transakcyjnego (portal), z zastrzeżeniem, że wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy powyższy Regulamin został popisany w trakcie trwania Umowy Grupowej.

2. Umowa Dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego może być zawarta w dniu zawarcia Umowy Podstawowej lub w dowolnym momencie jej trwania, zgodnie z terminem należności składki.
 3. Jeżeli Umowa dodatkowa dotycząca Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest zawierana pomiędzy rocznicami Polisy, zawarcie jej Towarzystwo potwierdzi wystawiając aneks do Polisy.
 4. Umowa Dodatkowa zawierana jest na okres roczny z tym, że jeżeli jest zawierana pomiędzy rocznicami Polisy, zostaje zawarta na okres do najbliższej rocznicy Polisy.
 5. Celem Umowy Dodatkowej jest inwestowanie środków wpłacanych jako wpłata transferowa, składka inwestycyjna i składka doraźna.
 6. Inwestowanie wpłaty transferowej, składki inwestycyjnej i składki doraźnej polega na nabywaniu jednostek uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa oraz na zarządzaniu aktywami funduszu w celu zwiększenia wartości jednostki uczestnictwa.
 7. Cel, o którym mowa w pkt. 1, realizowany jest od późniejszej z dat:
 - 1) określonego w Polisie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej;
 - 2) opłacenia dokonania wpłaty transferowej lub pierwszej składki inwestycyjnej lub składki doraźnej.
 8. W przypadku wypowiedzenia Umowy Dodatkowej, jej postanowienia w zakresie zarządzania aktywami funduszu realizowane są w całym okresie, w którym wartość polisy jest wartością dodatnią.
3. Składki
 1. Wraz z zawarciem Umowy Dodatkowej, składka należna stanowi sumę składki ochronnej i składki inwestycyjnej i płatna jest w terminach przewidzianych w Umowie Podstawowej.
 2. W każdym czasie, niezależnie od składki ochronnej i składki inwestycyjnej, istnieje prawo wpłacania składki doraźnej w celu nabycia jednostek uczestnictwa.
 3. Warunkiem nabycia jednostek uczestnictwa za składkę doraźną jest dostarczenie do Towarzystwa odpowiedniego oświadczenia.
 4. Wpłata składki doraźnej nie zwalnia z obowiązku opłacania składki całkowitej.
 4. Fundusze
 1. W celu inwestowania wpłaty transferowej, składek inwestycyjnych i składek doraźnych, Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie funduszu. Dochody uzyskane w wyniku inwestowania środków funduszu powiększają jego wartość, zwiększając wartość jednostki uczestnictwa.
 2. Fundusz podzielony jest na równe części, zwane jednostkami uczestnictwa. Nabyte jednostki uczestnictwa uprawniają do udziału w aktywach funduszu, bez prawa dysponowania poszczególnymi ich składnikami. Prawo własności aktywów funduszu przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dzielenia i łączenia jednostek uczestnictwa, bez zmiany całkowitej wartości funduszu.
 3. Towarzystwo dokonuje wyceny aktywów funduszu poprzez ustalenie wartości składników funduszu w dniu wyceny, zgodnie z Regulaminem lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Wartość aktywów funduszu jest równa sumie wartości wszystkich składników aktywów funduszu.
 4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o wartość zobowiązań funduszu w dniu wyceny oraz o koszty związane ze sprzedażą, zakupem składników aktywów funduszu i z obsługą samego funduszu, a także zobowiązania podatkowe, wynikające z przepisów prawa, wyznaczając w ten sposób wartość aktywów brutto funduszu.
 5. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie funduszem. Opłata ustalana jest jako roczny procent aktywów brutto funduszu i pobierana z funduszu w dniu wyceny jako odpowiednia część, proporcjonalnie do okresu wyznaczonego przez kolejne dni wyceny. Wartość aktywów brutto funduszu pomniejszona o opłatę za zarządzanie funduszem wyznacza wartość aktywów netto funduszu.
 6. Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa oblicza się przez podzielenie wartości aktywów netto funduszu przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu. Otrzymany wynik zaokrągla się nie więcej niż o 1%.
 7. Różnica pomiędzy ceną nabycia a ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa wynosi nie więcej niż 5% ceny nabycia.
 8. Zasady funkcjonowania funduszy są uregulowane w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
5. Rachunek jednostek uczestnictwa i alokacja składek
 1. W dniu zawarcia Umowy Dodatkowej Towarzystwo otwiera rachunek jednostek uczestnictwa, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa.
 2. Po wpłaceniu składki inwestycyjnej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki inwestycyjnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu wpłacenia tej składki, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej. W przypadku wpłaty składki przed terminem jej należności, jednostki uczestnictwa nabywane są po cenie obowiązującej w najbliższym dniu wyceny, następującym po terminie należności tej składki. Za datę opłacenia składki inwestycyjnej uważa się pierwszy dzień roboczy po dacie uznania rachunku bankowego Towarzystwa.
 3. Po wpłaceniu składki doraźnej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek uczestnictwa jest równa iloczynowi alokacji składki doraźnej i kwoty tej składki, podzielonemu przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo oświadczenia o wpłacie składki doraźnej, nie wcześniej jednak niż w pierwszym dniu roboczym po dacie wpływu składki doraźnej na rachunek Towarzystwa.
 4. Po zrealizowaniu wpłaty transferowej nabywane są jednostki uczestnictwa na rachunek jednostek uczestnictwa. Liczba nabywanych jednostek jest równa wartości wpłaty transferowej podzielonej przez cenę nabycia jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu dokonania wpłaty transferowej, jednak nie wcześniej niż po dacie początku okresu obowiązywania Umowy Dodatkowej.
 5. Liczba jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na rachunku jednostek uczestnictwa zaokrąglana jest do części tysięcznych.
 6. W pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego Towarzystwo nalicza miesięczną opłatę administracyjną.

7. Opłata administracyjna pobierana jest przez odliczenie jednostek uczestnictwa z rachunku jednostek uczestnictwa, zgodnie ze wskazaniem zawartym w Polisie. Liczba odliczanych jednostek uczestnictwa ustalana jest jako iloraz opłaty administracyjnej i ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu naliczenia opłaty. Opłatę administracyjną pobiera się proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości polisy.
 6. Zmiany funduszy
 1. Ubezpieczający określa podział wpłacanej składki inwestycyjnej i składki doraźnej pomiędzy poszczególne fundusze.
 2. Ubezpieczający ma prawo zmienić podział wpłacanej składki inwestycyjnej pomiędzy poszczególne fundusze, określone w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zmiana podziału składki inwestycyjnej ma zastosowanie od pierwszego terminu należności składki następującego po otrzymaniu przez Towarzystwo odpowiedniego oświadczenia.
 3. Za dokonaną zmianę podziału wpłacanej składki inwestycyjnej Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 4. Opłata za zmiany podziału składki inwestycyjnej jest pobierana poprzez umorzenie jednostek na rachunku, którego zmiana dotyczy. Liczba umorzonych jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 5. Ponadto Ubezpieczający ma prawo określenia liczby jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu, znajdujących się na rachunku jednostek uczestnictwa, który zostanie przeniesiony do wybranego funduszu.
 6. W sytuacji, o której mowa w pkt. 5, przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się po cenie sprzedaży jednostki z dnia następnego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 7. Za dokonane przeniesienie jednostek pomiędzy wskazanymi funduszami Towarzystwo pobiera opłatę w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów.
 8. Opłata za przeniesienia naliczana jest poprzez pomniejszenie kwoty wartości przenoszonych jednostek o kwotę opłaty. Do obliczenia wartości przenoszonych jednostek stosuje się cenę sprzedaży jednostki z pierwszego dnia wyceny następującego po dniu wpływu do Towarzystwa wniosku w tej sprawie.
 9. Towarzystwo określa minimalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa oraz, w odniesieniu do częściowego przeniesienia, minimalną wartość jednostek uczestnictwa funduszu, z którego są one przenoszone, pozostających na rachunku jednostek uczestnictwa.
 10. Towarzystwo dokona zmian w funduszach po otrzymaniu oświadczenia (wniosku) od Ubezpieczającego złożonego na formularzu Towarzystwa, w tym poprzez złożenie dyspozycji za pomocą portalu.
 7. Wyплаты
 1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości wartości polisy.
 2. W sytuacji, o której mowa w pkt. 1, do obliczenia wartości polisy przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia.
 3. Warunkiem dokonania wypłaty, o której mowa w pkt. 1, jest złożenie w siedzibie Towarzystwa dokumentów koniecznych do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości wypłaty, o których mowa w Art. IX ust. 2.
 4. Prawo do wartości polisy przysługuje Ubezpieczającemu.
 5. Na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo dokona wypłaty całkowitej wartości polisy, rozumianej jako wypłata wartości wszystkich jednostek uczestnictwa z rachunku jednostek uczestnictwa. Do obliczenia całkowitej wartości polisy przyjmuje się cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa, obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę całkowitą. Wartość polisy pomniejsza się o opłatę z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej. Wysokość opłaty manipulacyjnej z tytułu wygaśnięcia Umowy Dodatkowej określone są w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej Załącznik nr 5 do OWU.
 6. Ponadto, na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo dokona wypłaty częściowej wartości polisy, rozumianej jako wypłata z rachunku jednostek uczestnictwa wartości części jednostek uczestnictwa. Wysokość tej wypłaty oraz pozostająca po jej wypłacie wartość polisy, nie mogą być niższe od wartości minimalnych, określonych przez Towarzystwo. Po dokonaniu wypłaty częściowej Towarzystwo pobierze z rachunku jednostek uczestnictwa opłatę manipulacyjną, zgodnie z Tabelą opłat i limitów.
 7. Do obliczenia wartości polisy przyjmuje się cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w najbliższym dniu wyceny, następującym po zarejestrowaniu przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości polisy.
 8. Towarzystwo dokona wypłaty wartości polisy w terminie, o którym mowa w Art. IX ust. 5.
 8. Opłaty
Wysokości opłat, o których mowa w niniejszych Ogólnych Warunkach Umowy Dodatkowej w sprawie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, określone są w Tabeli opłat i limitów stanowiących Załącznik nr 5 do OWU. Towarzystwo ma prawo dokonywać okresowych zmian opłat. Zmiana opłat następuje w oparciu o zmianę wskaźnika wzrostu cen i usług konsumpcyjnych publikowanego przez GUS i nie może przekroczyć 150% zmiany ww. wskaźnika w okresie od dnia wprowadzenia niniejszej Umowy Dodatkowej do dnia dokonania zmiany lub w okresie pomiędzy zmianami.
- ### Artykuł XII
- #### Skargi i zażalenia
1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy albo sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej. Roszczenia z tytułu Umowy podlegają jurysdykcji sądów polskich.
 2. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek ten zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.
 3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia, może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika

Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami Ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

Artykuł XIII

Postanowienia końcowe

1. Zawiadomienia oraz oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, dotyczące Umowy, należy kierować pisemnie na adres siedziby Towarzystwa. Jeżeli Ubezpieczający nie zawiadomi Towarzystwa o zmianie adresu, przyjmuje się, że wszelka korespondencja wysłana przez Towarzystwo na ostatni znany mu adres została skutecznie doręczona.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają odpowiednio obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/8/2009 z dnia 12 sierpnia 2009 roku i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 15 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

Załącznik nr 1

do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Tabela uszczerbków na zdrowiu

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

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

Tabela uszczerbków na zdrowiu

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

Tabela uszczerbków na zdrowiu

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

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27. a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:												
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0	
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu											
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100	

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

b) Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
28. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł poprawczych: a) jednego oka b) obu oczu	15 30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a) rozdarcie naczyńówki jednego oka b) zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka d) zanik nerwu wzrokowego	wg tabeli z p.27a
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drażących: a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z p.27a
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

Tabela uszczerbków na zdrowiu

33. Połowicze niedowidzenia: a) dwuskroniowe b) dwunosowe c) jednoimienne d) jednoimienne górne e) jednoimienne dolne					60 30 25 10 40
34. Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego: a) w jednym oku b) w obu oczach					25 40
35. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej a) w jednym oku b) w obu oczach					10 30
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) a) w jednym oku b) w obu oczach					5-10 10-15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka					wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38. Jaskra - ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu					wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39. Wytrzeszcz tętniący - w zależności od stopnia					50-100
40. Zaćma urazowa - oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a)					wg tabeli z p.27a
41. Przewlekłe zapalenie spojówek					1-10
D. Uszkodzenia narządu słuchu					
42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: (obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.))					
Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB	
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu				
0 – 25 dB	0	5	10	20	
26 – 40 dB	5	15	20	30	
41 – 70 dB	10	20	30	40	
Pow. 70 dB	20	30	40	50	
Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.					
43. Urazy małżowiny usznej: a) utrata części małżowiny b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia c) utrata jednej małżowiny d) utrata obu małżowin					1-5 5-10 15 25
44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego: a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu					wg tabeli z p. 42
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego: a) jednostronne b) obustronne					1-5 10
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań: a) jednostronne b) obustronne					5-15 10-20
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu					wg tabeli z p. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego: a) z uszkodzeniem części słuchowej b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia					wg tabeli z p. 42 20-50 30-60
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej: a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia b) dwustronne					10-40 20-60
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przelyku					
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji					1-10
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia					5-30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia b) z bezgłosem					35-50 60

Tabela uszczerbków na zdrowiu

53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową c) z niewydolnością oddechowo-krążeniową	1-20 20-45 45-60
54. Uszkodzenie przełyku powodujące a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania b) odżywianie tylko płynami c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	10-30 50 80
55. Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi - w zależności od stopnia i ustawienia głowy a) niewielkiego stopnia b) znacznego stopnia Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniany jest według poz. 89.	1-5 15-30
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej a) miernego stopnia b) znacznego stopnia	1-15 15-30
57. Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości) a) brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita b) utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn: - częściowa - całkowita - z częścią mięśnia piersiowego	1-5 1-15 15-25 25-35
58. Złamanie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.) - z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc - z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc - w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	1-5 5-25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.) a) bez niewydolności oddechowej b) z niewydolnością oddechową - w zależności od stopnia Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	5-10 20-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	20-80
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia a) z wydolnym układem krążenia b) z objawami względnej wydolności układu krążenia c) z objawami niewydolności krążenia - w zależności od stopnia niewydolności Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii .	2-10 20-30 40-90
64. Przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny zaciągające) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej Uwaga: 1. Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). 2. Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.	1-30
66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci: a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	2-10 11-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny - w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę: a) jelita cienkiego b) jelita grubego	30-80 20-50

Tabela uszczerbków na zdrowiu

68. Przetoki okołodbytnicze	15
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy - w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71. Utrata śledziony	
a) bez większych zmian w obrazie krwi	15
b) ze zmianami w obrazie krwi lub i ze zrostami otrzewnowymi	30
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) nieznacznego stopnia	5-10
b) znacznego stopnia	20-60
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77. Uszkodzenie pęcherza - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79. Zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80. Utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia	20
82. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników	40
84. Wodniak jądra	10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a) pochwy	10
b) pochwy i macicy	30
I. Ostre zatrucia i ich następstwa (Orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)	
87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88. Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięszzowych przewodu pokarmowego - w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) z ograniczeniem ruchomości - bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni - ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c) z całkowitym zeszywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a) bez zniekształceń - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c) znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40
91. Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych - w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89-91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	5-10

Tabela uszczerbków na zdrowiu

93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn		100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającą poruszanie się za pomocą dwóch łasek		60-70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającą poruszanie się o jednej lasce		30-40
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)		100
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)		60-70
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)		20-30
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)		20-40
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń		5-30
94. Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:		
a) szyjne		1-20
b) piersiowe		1-10
c) lędźwiowo-krzyżowe		1-25
d) guziczne		1-5
K. Uszkodzenia miednicy		
95. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu		
a) niewielkiego stopnia		1-10
b) dużego stopnia		10-35
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:		
a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)		1-15
b) w odcinku przednim i tylnym		15-45
97. Złamanie dna panewki - z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:		
a) zwichnięcie I ^o - nieznaczne zmiany		1-10
b) zwichnięcie II ^o - wyraźne zmiany		10-20
c) zwichnięcie III ^o - duże zmiany		20-35
d) zwichnięcie IV ^o - bardzo duże zmiany		35-45
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.		
98. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji		1-20
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według zasad przewidzianych w Tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej.		
	Prawa	Lewa
99. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny		1-5
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka - w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a) nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b) wyraźne zmiany	10-25	5-20
101. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a) nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b) znaczne zmiany	10-25	5-20
102. Zwichnięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia		
a) nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b) znaczne zmiany	10-25	5-20
103. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu		+ 5
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny - w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		

Tabela uszczerbków na zdrowiu

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

Tabela uszczerbków na zdrowiu

124. Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń - z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej a) niewielkie zmiany b) znaczne zmiany	1-5 5-20	1-4 5-15
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-20 20-35	10-15 15-30
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych: a) średniego stopnia b) dużego stopnia	10-25 25-40	10-20 20-35
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	1-15	1-15
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oproteżowania	55-65	50-60
129. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130. Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni: a) ograniczenie ruchomości b) ograniczenie ruchomości dużego stopnia c) ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	1-10 10-20 20-30	1-8 8-15 15-25
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka: a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym - w zależności od stopnia funkcji dłoni i palców	15-30 25-45	10-25 20-40
132. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134. Uszkodzenie śródrezcza - części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródrezcza, zaburzenia ruchomości a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) rozległe zmiany	1-5 5-10 10-20	1-4 4-8 8-18
135. Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych a) utrata opuszki b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka) d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrezcza e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza	1-5 5-10 10-15 15-20 20-30	1-3 3-8 8-10 10-15 15-25
136. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) - powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) znaczne zmiany d) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka e) rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródrezcza	1-5 5-15 15-20 20-25 25-30	1-4 4-13 13-18 18-23 23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137. Utraty w obrębie palca wskazującego a) utrata opuszki b) utrata paliczka paznokciowego c) utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego d) utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3 e) utrata trzech paliczków f) utrata palca wskazującego z kością śródrezcza	1-5 5-7 8 8-12 17 17-23	1-3 3-5 5 5-10 15 15-20

Tabela uszczerbków na zdrowiu

138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca		
a) niewielkie zmiany	1-5	1-4
b) zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c) zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d) zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) palca trzeciego i czwartego - za każdy paliczek	3	2
b) palca piątego - za każdy paliczek	1	1
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreczą	12	8
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny - w zależności od stopnia		
a) niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b) znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c) bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej		75-85
143. Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a) miernego	1-10	
b) znacznego	10-25	
144. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60	
145. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		
a) ze zmianami miernego stopnia	2-20	
b) ze zmianami dużego stopnia	20-40	
c) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65	
146. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań o:		+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.		
147. Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:		
a) z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15	
b) z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30	
c) ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40	
148. Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych		40-60
149. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:		
a) miernego stopnia	1-10	
b) znacznego stopnia	10-20	
150. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych		1-30
151. Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań		+1-10


Tabela uszczerbków na zdrowiu


152. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147-150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	5-65
153. Utrata kończyny - zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oproteżowania	50-70
154. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki - z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	1-10 10-25 25-40
155. Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji a) utrata ruchomości w zakresie 180°-140° za każde 2° ubytku ruchu b) utrata ruchomości w zakresie 140°-90° za każde 5° ubytku ruchu c) utrata ruchomości w zakresie 90°-30° za każde 10° ubytku ruchu Uwaga: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°-180°.	+1 +1 +1
156. Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany	1-10 10-20
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158. Złamanie kości podudzia - w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.: a) ze zmianami lub skróceniami do 4 cm b) z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm c) ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	2-15 15-25 25-50
159. Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia: a) niewielkie i średnie zmiany b) znaczne zmiany	1-10 10-20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny: a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej b) przy dłuższych kikutach	60 40-55
162. Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia a) niewielkiego stopnia b) średniego stopnia c) dużego stopnia d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	1-5 5-10 10-25 25-40
163. Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań: a) pod kątem zbliżonym do prostego b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	5-20 20-30 30-40
164. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi: a) niewielkie zmiany b) średnie zmiany c) duże zmiany z częściową utratą kości	1-10 10-20 20-30
165. Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi: a) miernego stopnia - zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych b) znacznego stopnia lub innymi powikłaniami - zależnie od wielkości zaburzeń	1-10 10-20

Tabela uszczerbków na zdrowiu

167. Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:		
a) złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych		1-15
b) złamania II, III lub IV kości śródstopia - w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych		1-10
c) złamanie trzech i więcej kości śródstopia - w zależności od zaburzeń czynnościowych		10-20
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 168, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań		+1-10
169. Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcające i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia		
a) niewielkie zmiany		1-5
b) duże zmiany		5-15
170. Utrata stopy w całości		50
171. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta		40
172. Utrata stopy w stawie Lisfranka		35
173. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - zależnie od rozległości utraty przedstopia cech kikuta		20-30
174. Utrata paliczka paznokciowego palucha		1-5
175. Utrata całego palucha		7
176. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia		10-20
177. Utrata palców II-V w części lub całości - za każdy palec		2
178. Utrata V palca wraz z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia		5-10
179. Utrata palców II-IV z kością śródstopia - zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec		3-5
180. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji		1-5
N. Porażenie lub niedowład poszczególnych nerwów obwodowych		
	Prawa	Lewa
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym		5-15
b) nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c) nerwu pachowego	10-25	10-20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g) nerwu promieniowego nad wyjściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k) nerwu łokciowego	10-30	5-20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	15-25	10-20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego		1-15
o) nerwu zasłonowego		5-15
p) nerwu udowego		10-30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)		10-20
r) nerwu sromowego wspólnego		5-25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		20-60
t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)		10-40
u) nerwu strzałkowego		10-20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego		40-70
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego		1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów		30-50

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu stanowiąca załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL /1/1/8/ 2009 z dnia 12 sierpnia 2009 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie od dnia 15 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk

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

Artur Olech

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

Załącznik nr 2

do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie
Katalog operacji chirurgicznych

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

Katalog operacji chirurgicznych

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

Katalog operacji chirurgicznych

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

Katalog operacji chirurgicznych

153	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	E
154	Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
155	Zespolenie omijające okrężnicę	C
156	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
157	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
158	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
159	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	C
160	Przezświetraczowe operacje odbytnicy	C
161	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
162	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
163	Wycięcie poprzecznicy	B
164	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
165	Wycięcie esicy	B
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
166	Przeszczep wątroby	A
167	Częściowe wycięcie wątroby	B
168	Operacja naprawcza wątroby	B
169	Nacięcie wątroby	D
170	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
171	Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
172	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
173	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C
174	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	D
175	Wycięcie przewodu żółciowego	B
176	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
177	Zespolenie przewodu żółciowego	C
178	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
179	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
180	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
181	Nacięcie przewodu żółciowego	C
182	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	C
183	Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	C
184	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	E
185	Endoskopowe wsteczne (tj. od strony dwunastnicy)	E
186	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	D
187	Przeskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
188	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
189	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
190	Przeszczep trzustki	A
191	Całkowite wycięcie trzustki	A
192	Wycięcie głowy trzustki	A
193	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	C
194	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
195	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
196	Nacięcie trzustki	C
197	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
198	Całkowite wycięcie śledziony	D
OPERACJE SERCA		
199	Przeszczep serca i płuc	A
200	Operacja naprawcza tetralogii Fallota	A
201	Wewnątrzprzedsionkowa korekcja przełożenia wielkich naczyń	A
202	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	A
203	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	A
204	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	A
205	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	A

Katalog operacji chirurgicznych

206	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	A
207	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
208	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	A
209	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
210	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
211	Plastyka przedsionka serca	A
212	Walwuloplastyka mitralna	A
213	Walwuloplastyka aortalna	A
214	Plastyka zastawki trójdzielnej	A
215	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
216	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	A
217	Rewizja plastyki zastawki serca	A
218	Otwarta walwulotomia	A
219	Zamknięta walwulotomia	A
220	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
221	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	A
222	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	A
223	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	A
224	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	A
225	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	A
226	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	A
227	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	A
228	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	A
229	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	C
230	Przeżyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	C
231	Inny system rozrusznika serca	C
232	Wycięcie osierdzia	A
233	Drenaż osierdzia	B
234	Przecięcie osierdzia	D
235	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
236	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
237	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	A
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH ORAZ ŻYLNICH		
238	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
239	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
240	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
241	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
242	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
243	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
244	Rewizja protezy aortalnej	A
245	Plastyczna operacja naprawcza aorty	A
246	Zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	B
247	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
248	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
249	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
250	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
251	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A
252	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	B
253	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
254	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	B
255	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
256	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
257	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A

Katalog operacji chirurgicznych

258	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
259	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	B
260	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	A
261	Odtworzenie tętnicy udowej	A
262	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	C
263	Rewizja odtworzonej tętnicy	B
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
264	Przeszczep nerki	B
265	Całkowite wycięcie nerki	B
266	Częściowe wycięcie nerki	C
267	Wycięcie zmiany w nerce	C
268	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
269	Nacięcie nerki	E
270	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
271	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię.	E
272	Wycięcie moczowodu	C
273	Odprowadzenie moczu przez przetokę	B
274	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
275	Operacja naprawcza moczowodu	C
276	Nacięcie moczowodu	E
277	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
278	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
279	Operacje ujścia moczowodu	D
280	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
281	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
282	Powiększenie pęcherza moczowego	B
283	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
284	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
285	Operacje pęcherza mające na celu zwiększenie pojemności	D
286	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego i przezpochwowego u kobiet	C
287	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego u kobiet	C
288	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego u kobiet	C
289	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	E
290	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
291	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	E
292	Wycięcie cewki moczowej	C
293	Operacja naprawcza cewki moczowej	C
294	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
295	Operacje ujścia cewki moczowej	E
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
296	Wycięcie moszny	D
297	Obustronne wycięcie jąder	C
298	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	D
299	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
300	Proteza jądra	D
301	Operacja wodniaka jądra	E
302	Operacje najądrza	E
303	Wycięcie nasieniowodu	E
304	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
305	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
306	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
307	Amputacja prącia	C

Katalog operacji chirurgicznych

308	Wycięcie zmiany w obrębie prącia	D
309	Operacja plastyczna prącia	C
310	Proteza prącia	E
311	Operacje napletka	E
312	Operacje łechtaczki	E
313	Wycięcie sromu	C
314	Operacja naprawcza sromu	E
315	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	E
316	Nacięcie kanału pochwy	E
317	Wycięcie pochwy	E
318	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
319	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	D
320	Operacja plastyczna pochwy	E
321	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
322	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
323	Operacje zatoki Douglasa	E
324	Amputacja szyjki macicy	D
325	Brzuszne wycięcie macicy	C
326	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
327	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	E
328	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
329	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
330	Częściowe wycięcie jajowodu	E
331	Implantacja protezy jajowodu	E
332	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
333	Nacięcie jajowodu	D
334	Operacje strzępków jajowodu	E
335	Częściowe wycięcie jajnika	E
336	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	C
337	Operacja naprawcza jajnika	E
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
338	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
339	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
340	Otwarte wycięcie opłucnej	B
341	Otwarty drenaż opłucnej	C
342	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
343	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	A
344	Operacja przepukliny pachwinowej	E
345	Operacja przepukliny udowej	E
346	Operacja przepukliny pępkowej	E
347	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
348	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	C
349	Otwarty drenaż otrzewnej	C
350	Operacje sieci większej	C
351	Operacje krezki jelita cienkiego	C
352	Operacje krezki okrężnicy	C
353	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
354	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
355	Przeszczep powięzi	E
356	Wycięcie powięzi brzucha	E
357	Wycięcie innej powięzi	E
358	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
359	Rozdzielenie powięzi	E
360	Uwolnienie powięzi	E
361	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E

Katalog operacji chirurgicznych

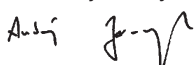
362	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
363	Przemieszczenie ścięgna	D
364	Wycięcie ścięgna	D
365	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
366	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	D
367	Zmiana długości ścięgna	E
368	Wycięcie pochewki ścięgna	E
369	Przeszczep mięśni	C
370	Wycięcie mięśnia	E
371	Operacja naprawcza mięśnia	E
372	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
373	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
374	Operacje przewodu limfatycznego	B
375	Operacje kieszonki skrzelowej	D
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
376	Plastyka czaszki	B
377	Otwarcie czaszki	A
378	Wycięcie kości twarzy	D
379	Nastawienie złamania szczęki	D
380	Nastawienie złamania innej kości twarzy	D
381	Rozdzielenie kości twarzy	C
382	Stabilizacja kości twarzy	D
383	Wycięcie żuchwy	C
384	Nastawienie złamania żuchwy	D
385	Rozdzielenie żuchwy	D
386	Stabilizacja żuchwy	D
387	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
388	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	A
389	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	B
390	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	A
391	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
392	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	A
393	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	B
394	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
395	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	B
396	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
397	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	B
398	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
399	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	C
400	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	C
401	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	A
402	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	B
403	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	B
404	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	A
405	Wycięcie zmiany kręgosłupa	B
406	Odbarczenie złamania kręgosłupa	B
407	Stabilizacja złamania kręgosłupa	B
408	Całkowita rekonstrukcja kciuka	C
409	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	C
410	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	C
411	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	C
412	Całkowite wycięcie kości	D
413	Wycięcie kości ektopowej	E
414	Wycięcie zmiany w obrębie kości	D
415	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D

Katalog operacji chirurgicznych

416	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
417	Rozdzielenie trzonu kości	D
418	Rozdzielenie kości stopy	D
419	Dreanaż kości	D
420	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	D
421	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
422	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	D
423	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
424	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	D
425	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
426	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
427	Wyciąg szkieletowy kości	E
428	Przeszczep szpiku kostnego	D
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
429	Replantacja kończyny górnej	C
430	Replantacja kończyny dolnej	C
431	Replantacja innego organu	C
432	Transplantacja międzyukładowa	C
433	Wszczepienie protezy kończyny	A
434	Amputacja w zakresie ramienia	C
435	Amputacja ręki	D
436	Amputacja nogi	C
437	Amputacja stopy	D
438	Amputacja palucha	E
439	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D
440	Amputacja brzuszno-miedniczna	B

Niniejszy Katalog operacji chirurgicznych stanowiący załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL /1/1/8/2009 z dnia 12 sierpnia 2009 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie od dnia 15 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

Załącznik nr 3**do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie
Katalog wad wrodzonych**

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

Katalog wad wrodzonych

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

Niniejszy Katalog wad wrodzonych stanowiący załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL /1/1/8/2009 z dnia 12 sierpnia 2009 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie od dnia 15 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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


Załącznik nr 4


do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie
Tabela zakresu ochrony

Zakres ochrony ubezpieczeniowej i maksymalne sumy ubezpieczenia w zależności od roku polisowego:

ZAKRES	2. i kolejne lata polisowe			
	1. rok polisowy	Pakiet I	Pakiet II	Pakiet III
Śmierć Ubezpieczonego	40 000	12 000	8 000	8 000
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW	40 000	12 000	10 000	8 000
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW w środku lokomocji	40 000	12 000	10 000	
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW przy pracy	40 000	12 000		
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	40 000			
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej	40 000			
Niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej wskutek NW	40 000	12 000	10 000	
Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW - wariant 1	40 000	12 000	10 000	10 000
Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW - wariant 2	40 000	12 000	10 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW	36 000	12 000	10 000	10 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	36 000			
Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka wskutek NW	10 000	4 000		
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka wskutek NW	2 500	1 000		
Poważne choroby Ubezpieczonego	20 000	4 000		
Poważne choroby Współmałżonka	10 000			
Poważne choroby Dziecka	1 000			
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	5 000			
Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu	10 000			
Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW	10 000	10 000	6000	
Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW przy pracy	5 000	2 000		
Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW w środku lokomocji	5 000	2 000		
Pobyty Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	5 000	2 000		
Pobyty Współmałżonka w szpitalu wskutek NW	10 000	4 000		
Pobyty Dziecka w szpitalu	1 000			
Urodzenie Dziecka	1 300	500		
Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną	1 300	500		
Urodzenie Dziecka martwego	1 500	1 000		
Śmierć Współmałżonka	10 000	10 000	8 000	8 000
Śmierć Współmałżonka wskutek NW	10 000	8 000	8 000	8 000
Śmierć Rodziców	1 800	1 000	500	
Śmierć Teściów	1 800	1 000	500	
Śmierć Dziecka	5 000	4 000		
Osierocenie Dziecka	4 000	3 000		

Niniejsza Tabela zakresu ochrony stanowiąca załącznik nr 4 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/8/ 2009 z dnia 12 sierpnia 2009 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie od dnia 15 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk

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

Artur Olech

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


Załącznik nr 5


do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie
Tabela opłat i limitów

	LIMITY	gdzie się pojawia w OWU	WARTOŚĆ
1.	minimalna składka inwestycyjna	Brak w OWU	40,00 zł
2.	minimalna składka doraźna	Brak w OWU	100,00 zł
3.	minimalna wartość regularnych wypłat częściowych	Art. XI ust. 7.6	500,00 zł
4.	minimalna wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa	Art. XI ust. 6.9	100,00 zł
5.	minimalna wartość pozostająca na danym funduszu po dokonaniu przeniesienia części jednostek uczestnictwa	Art. XI ust. 6.9	500 zł
6.	minimalna wartość wypłaty częściowej	Art. XI ust. 7.6	500,00 zł
7.	minimalna wartość pozostająca na dodatkowym rachunku jednostek uczestnictwa po dokonaniu wypłaty częściowej	Art. XI ust. 7.6	500,00 zł

	OPŁATY	gdzie się pojawia	WARTOŚĆ
1.	opłata administracyjna	Art. XI ust. 5.6	4,00 zł
2.	opłata za zmianę podziału przyszłych składek (pobierana z rachunku jednostek uczestnictwa)		
	zmiany dokonywane za pośrednictwem portalu		
2.1.	10 pierwszych w roku polisowym	Art. XI ust. 6.3	0,00 zł
2.2.	kolejne w roku polisowym	Art. XI ust. 6.3	9,00 zł
	zmiany dokonywane poza portalem		
2.3.	pierwsza w roku polisowym	Art. XI ust. 6.3	0,00 zł
2.4.	kolejne w roku polisowym	Art. XI ust. 6.3	15,00 zł
3.	opłata za przeniesienie wartości rachunku pomiędzy funduszami (pobierana z przenoszonych jednostek)		
	zmiany dokonywane za pośrednictwem portalu		
3.1.	10 pierwszych w roku polisowym	Art. XI ust. 6.7	0,00 zł
3.2.	kolejne w roku polisowym	Art. XI ust. 6.7	9,00 zł
	zmiany dokonywane poza portalem		
3.3.	pierwsze w roku polisowym	Art. XI ust. 6.7	0,00 zł
3.4.	kolejne w roku polisowym	Art. XI ust. 6.7	15,00 zł
4.	opłata manipulacyjna za wypłatę częściową wartości polisy	Art. XI ust. 7.6	0,3% nie mniej niż 5zł, nie więcej niż 50zł
8.	opłata manipulacyjna za wypłatę całkowitą wartości polisy	Art. XI ust. 7.5	w kolejnych latach udzielania ochrony: 5%,4%,3%,2%,1%, od 6 roku - brak kosztów
9.	opłata za zarządzanie funduszami		
9.1.	fundusz grupowy agresywny (APEF)	Art. XI ust. 4.5	2,50%
9.2.	fundusz grupowy mieszany (BF)	Art. XI ust. 4.5	1,90%
9.3.	fundusz grupowy obligacji (MMF)	Art. XI ust. 4.5	1,30%

1. Tabela opłat i limitów ustalana jest okresowo przez Towarzystwo.
2. Zmiany opłat i limitów dokonywane są w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowany przez GUS i nie mogą przekroczyć 150% zmiany ww. wskaźnika w okresie między kolejnymi zmianami.
3. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie treści Tabeli opłat i limitów w ciągu 30 dni od dokonania takiej zmiany.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania zmian w zakresie struktury opłat nie powodujących zmian sumarycznej wysokości opłat. Dokonanie takich zmian nie wymaga informowania Ubezpieczającego.
5. Niniejsza Tabela opłat i limitów stanowiąca załącznik nr 5 do Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie, została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/1/1/8/2009 z dnia 12 sierpnia 2009 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie od dnia 15 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk

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

Artur Olech

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