

\*4115-1001\*

\* 4115- 1001\*

Załącznik nr 1

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia członków Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki nr 4115/1

# MetLife Amplico<sup>SM</sup>

## Umowa podstawowa

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

### Definicje

#### § 1

Poniższe terminy użyte w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz umów dodatkowych oznaczać będą:

1. **Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26;
2. **Karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową określonego w dokumencie dostarczonym Ubezpieczającemu, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzeń objętych zakresem Umowy Dodatkowej będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
3. **Karta Rejestracyjna** – formularz Towarzystwa wraz z załącznikami stanowiącymi jego integralną część, w którym osoba uprawniona do ubezpieczenia oświadcza wolę objęcia ubezpieczeniem i wskazuje Uposażonego;
4. **Niepoczytalność** - utrata przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzoną prawomocnym orzeczeniem sądu;
5. **Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, nagle i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym. W rozumieniu niniejszej definicji za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, oraz wszelkich innych chorób lub infekcji występujących nagle za wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia;
6. **WU** –warunki grupowego ubezpieczenia na życie;
7. **Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** - przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób;
8. **Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
9. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach dokonana na rzecz Ubezpieczonego lub Uposażonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia;
10. **Termin wymagalności składki** – wskazany w Umowie Ubezpieczenia pierwszy dzień okresu, za który należna jest składka zgodnie z określonym w Umowie Ubezpieczenia trybem płatności.
11. **Towarzystwo** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.;
12. **Ubezpieczający** – Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Nauki, z siedzibą przy ul. Giełdowej 4A lok. 82, 01-211 Warszawa;
13. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca członkiem Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki, objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
14. **Umowa Podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie;
15. **Umowa Dodatkowa** – umowa, rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Towarzystwo o dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe;
16. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Podstawowa oraz Umowy Dodatkowe;
17. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
18. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych** - rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie, przez osoby uczestniczące, optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, terenowego lub ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada, koni, łodzi lub nart wodnych;
19. **Zdolność ubezpieczeniowa** – spełnienie wszystkich warunków wymaganych w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia lub wzrostu wysokości ubezpieczenia.

### Rodzaj, przedmiot i zakres ubezpieczenia

#### § 2

1. Niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem na życie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
  - życie Ubezpieczonego,
  - zdrowie Ubezpieczonego,
  - życie lub zdrowie członków rodziny Ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz wystąpienie zdarzeń ubezpieczeniowych zgodnie z zawartą Umową Ubezpieczenia.

\*U\*

\* U\*

## \* 4115- 1001\*

### Uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową

#### § 3

1. Uprawnioną do objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie **Pakietu Standard** jest osoba spełniająca wszystkie poniższe warunki:
  - a) która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia,
  - b) jest osobą fizyczną, która złożyła Ubezpieczającemu deklarację członkowską,
  - c) która udokumentowała Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 4 ust. 3.
2. Uprawnioną do objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie **Pakietu VIP** jest osoba spełniająca wszystkie poniższe warunki:
  - a) która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 60 roku życia,
  - b) jest osobą fizyczną, która złożyła Ubezpieczającemu deklarację członkowską,
  - c) która udokumentowała Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 4 ust. 3.
3. Osoba ubezpieczona w zakresie Pakietu Standard nie może być równocześnie ubezpieczona w zakresie Pakietu VIP.
4. Uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie nabywają osoby wykonujące następujące zawody:  
korespondent wojenny, pirotechnik, saper lub osoba zajmująca się niszczeniem amunicji, mająca kontakt z materiałami wybuchowymi zgodnie z prawem regulującym pracę z materiałami wybuchowymi, elektryk obsługujący słupy wysokiego napięcia, rybak dalekomorski, marynarz, sportowiec zawodowy, akrobata, cyrkowiec, kaskader, pilot, steward / stewardesa, pracownik Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Biura Ochrony Rządu lub ochroniarz posiadający pozwolenie na broń, górnik oraz inna osoba wykonująca pracę pod ziemią, osoba wykonująca pracę pod wodą, pracownik budowlany wykonujący pracę na wysokościach zgodnie z prawem budowlanym a także służby ratunkowe.

### Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

#### § 4

1. W celu przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie Karty Rejestracyjnej z zastrzeżeniem, iż okres pomiędzy datą podpisania Karty Rejestracyjnej a wnioskowaną datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie może być dłuższy niż 60 dni.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po:
  - a) podpisaniu Karty Rejestracyjnej i złożeniu jej Ubezpieczającemu oraz
  - b) potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej – zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 niniejszego paragrafu.
  - c) oraz pod warunkiem opłacenia składki w Terminie jej wymagalności z uwzględnieniem postanowień § 8.
3. Rozpoczęcie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Pakietu Standard nie wymaga potwierdzenia przez osobę uprawnioną do ubezpieczenia Zdolności ubezpieczeniowej. Rozpoczęcie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Pakietu VIP wymaga potwierdzenia przez osobę uprawnioną do ubezpieczenia Zdolności ubezpieczeniowej na podstawie 5 pytań dotyczących stanu zdrowia zawartych w Karcie Rejestracyjnej. W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z tych pytań wymagane będzie potwierdzenie Zdolności ubezpieczeniowej na podstawie dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia, dokumentacji medycznej lub na podstawie badań medycznych zgodnie z wymaganiami Towarzystwa.
4. W przypadku nie opłacenia pierwszej składki za daną osobę ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
  - a) odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową w przypadku braku potwierdzenia Zdolności ubezpieczeniowej,
  - b) zaproponowania ubezpieczenia na zmienionych warunkach, o ile Ubezpieczony wyrazi na nie zgodę.

### Zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej

#### § 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z umowy podstawowej i umów dodatkowych udzielana przez Towarzystwo kończy się :
  - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym przypada wcześniejsze ze zdarzeń:
    - i) ukończenie przez Ubezpieczonego 70 roku życia,
    - ii) utrata uprawnienia do ubezpieczenia,
  - b) z dniem zgonu Ubezpieczonego,  
W przypadku określonym w punkcie b) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nie opłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w terminie wskazanym w § 8 ust. 8
3. Poza przypadkami wymienionymi w ust. 1 oraz 2 ochrona ubezpieczeniowa kończy się, w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z ubezpieczenia, w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo otrzymało od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego pisemną informację o rezygnacji. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

### Zmiany ochrony ubezpieczeniowej

#### § 6

1. Osoba uprawniona do ubezpieczenia ma prawo wyboru Pakietu Standard albo Pakietu VIP. W ramach Pakietu Standard dostępne są trzy Warianty Pakietu Podstawowego oraz trzy Warianty Pakietu Dodatkowego. W ramach Pakietu VIP dostępne są trzy Warianty.
2. Zmiana Pakietu Standard na Pakiet VIP lub odwrotnie lub zmiana wariantu w ramach Pakietu jest możliwa w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem podpisania nowej Karty Rejestracyjnej i złożenia jej Ubezpieczającemu. Ochrona ubezpieczeniowa zgodnie z nowo wybranym wariantem obowiązywać będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po złożeniu Karty Rejestracyjnej oraz potwierdzeniu zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z § 4 ust. 3.

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

3. Do zmiany wariantu ubezpieczenia skutkującego podwyższeniem sum ubezpieczenia lub zwiększeniem zakresu ubezpieczenia jest uprawniony wyłącznie Ubezpieczony, który potwierdzi Zdolność ubezpieczeniową zgodnie z § 4 ust. 3.
4. Okres pomiędzy datą podpisania Karty Rejestracyjnej a wnioskowaną datą zmiany wariantu ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 60 dni.
5. Towarzystwo każdorazowo będzie informować Ubezpieczającego na piśmie o akceptacji zwiększonej sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego nowa suma ubezpieczenia będzie obowiązywać.

### Uposażony

#### § 7

1. Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do samodzielnego wskazania i zmiany osoby Uposażonego.
2. Zmiana lub odwołanie Uposażonego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziałów w Świadczeniu, wówczas Uposażeni otrzymują równe części Świadczenia przysługującego im na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub gdy żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym zgodnie z prawomocnym postanowieniem sądu o stwierdzeniu nabyciu spadku lub notarialnym aktem poświadczenia dziedziczenia.

### Opłacanie składek

#### § 8

1. Składka ubezpieczeniowa finansowana jest przez Ubezpieczonego i przekazywana na rachunek bankowy Ubezpieczającego.
2. Składka przekazywana jest Towarzystwu przez Ubezpieczającego w Terminie wymagalności składki, którym jest 15 dzień miesiąca, za który należna jest składka.
3. Dopuszczalny okres prolongaty na zapłacenie składek, tj. okres zwłoki Ubezpieczającego w zapłacie składki, wynosi 16 dni licząc od Terminu wymagalności składki.
4. Okres prolongaty, o którym mowa w ust. 3 nie dotyczy pierwszej składki, której Termin wymagalności przypada na 15 lutego 2014 roku.
5. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej i zawartych Umów Dodatkowych.
6. W okresie prolongaty nie nalicza się odsetek za opóźnienie.
7. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w Terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania .
8. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona do końca okresu określonego w ust. 7, ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 7.
9. W przypadku braku zapłaty składki, do końca okresu określonego w ust. 7, za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy, Umowę Ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z upływem terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
10. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.

### Waluta

#### § 9

Wszystkie składki i Świadczenia są płacone w polskich złotych.

### Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 10

1. Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej nie zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w ciągu 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
2. Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej ani z tytułu Umów Dodatkowych nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub członka rodziny Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku jego aktywnego udziału w wojnie. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia lub ogłoszenie lub wprowadzenie stanu wojennego lub wojny.
3. Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej nie zostanie wypłacone, w przypadku gdyż śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie 3 lat, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego, w wyniku chorób, które były zdiagnozowane lub leczone przed datą początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do tego Ubezpieczonego.  
W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa ma zastosowanie także w odniesieniu do różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.
4. Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej ani z tytułu Umów Dodatkowych nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych.

### Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie

#### § 11

1. W wypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo, po otrzymaniu niezbędnej dokumentacji, wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie równe określonej w Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że w przypadku osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową

\*U\*

\* U\*

## \* 4115- 1001\*

w zakresie Pakietu Standard w okresie pierwszych 6 (sześciu) miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z zastrzeżeniem ust 4;

- Świadczenie takie zostanie wypłacone w terminach i na zasadach określonych w § 12.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku ze zmianą przez Ubezpieczonego Wariantu w ramach Pakietu Standard odpowiedzialność Towarzystwa na wypadek śmierci Ubezpieczonego nie spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem w okresie 6 miesięcy licząc od daty zmiany Wariantu ograniczać się będzie wyłącznie do wysokości sumy ubezpieczenia na życie obowiązującej przed datą zmiany Wariantu, z zastrzeżeniem ust. 1.
- W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 11 ust 1 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy i do wysokości sumy ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z zastrzeżeniem, że wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej Umowy Ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:

- dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na życie dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
- kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,
- pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.

### Wypłata Świadczeń

#### § 12

- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej.
- Po otrzymaniu zawiadomienia Towarzystwo w terminie siedmiu dni prześle osobie zgłaszającej roszczenie niezbędne formularze w celu udokumentowania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwa.
- W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.
- W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zbadania okoliczności śmierci, w tym wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych oraz weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do Świadczenia i zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
- Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będą wypłacane Uposażonemu.
- Inne Świadczenia będą wypłacane Ubezpieczonemu, zaś w przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu zostaną wypłacone jego spadkobiercom.
- Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie z Umowy Podstawowej, łącznie ze Świadczeniami należnymi z tytułu Umów Dodatkowych, jeżeli takie są należne, w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
- Jeżeli osoba uprawniona do Świadczenia nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.

### Podatki

#### § 13

Wszelkie podatki związane z Umową winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych WU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych tj. ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2012 poz. 361 z późn. zm.) i ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t. j. Dz. U. z 2011 r., Nr 74, poz.397).

### Prawo właściwe, właściwość sądów i rozpatrywanie skarg

#### § 14

- Prawem właściwym dla Umowy jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wszelkie spory mogące wynikać z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
- Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie na adres Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres e-mail wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinien przekazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie.
- Towarzystwo, w ciągu 30 dni od otrzymania skargi lub zażalenia, wyśle do osoby skarżącej odpowiedź. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, Towarzystwo wyjaśni przyczynę opóźnienia.

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

**\* 4115- 1001 \***

5. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

#### **Postanowienia kolizyjne**

##### **§ 15**

Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Umowy Ubezpieczenia i postanowieniami WU rozstrzyga Umowa Ubezpieczenia.

#### **Skutki zatajenia informacji**

##### **§ 16**

Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności w przypadku zatajenia przez Ubezpieczonego informacji o stanie zdrowia, o które Towarzystwo zapytywało w Karcie Rejestracyjnej przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie trzech lat od daty przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Ubezpieczenia, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia. Towarzystwo będzie zwolnione z odpowiedzialności także w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w związku z podwyższeniem wysokości sumy ubezpieczenia w trakcie trwania ubezpieczenia, wówczas wymieniony w zdaniu poprzedzającym okres trzech lat jest liczony od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia w odniesieniu do nadwyżki sumy ubezpieczenia, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia.

\*U\*

**\* U\***

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

### Załącznik nr 1 do Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie

#### Katalog dokumentów wymaganych na potrzeby złożenia roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego

##### Dokumenty potrzebne do zgłoszenia roszczenia:

- Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego

Ponadto wymagane będą dodatkowe dokumenty w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu:

##### Urodzenia się dziecka

1. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
3. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego Dziecka

##### Śmierci rodzica, śmierci teścia (rodzica współmałżonka)

1. kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
3. w przypadku śmierci teściów (rodziców współmałżonka) kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego
4. w przypadku śmierci ojczyma lub macochy (jeśli Warunki Ubezpieczenia przewidują taką ochronę) kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy Rodzicem a Ojczymem lub Macochą
5. w przypadku śmierci ojczyma lub macochy (jeśli Warunki Ubezpieczenia przewidują taką ochronę) kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego

##### Trwałe inwalidztwo lub uszczerbek na zdrowiu

1. kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po urazie oraz informująca o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
2. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane)
3. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
4. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę - w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy
5. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku
6. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

##### Pobyt w szpitalu, operacja,

1. kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

Jeśli zdarzenie zostało spowodowane wypadkiem, dodatkowo:

5. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
6. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę - w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy
7. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

##### Śmierć Ubezpieczonego

1. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego<sup>1)</sup> lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez organ wydający dokument
2. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
3. kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego<sup>1)</sup> lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez organ wydający dokument

Jeśli śmierć została spowodowana wypadkiem, dodatkowo:

4. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
5. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę - w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy
6. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Jeśli śmierć została spowodowana zawałem mięśnia sercowego lub udarem, dodatkowo:

4. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego

\*U\*

\* U \*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

### Śmierć dziecka

1. kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
2. potwierdzenie kontynuowania nauki - w przypadku Dzieci powyżej 19 roku życia
3. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego

### Osierocenie dziecka

1. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego<sup>3)</sup> lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego lub przez organ wydający dokument
2. kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego Opiekuna dziecka lub pełnoletniego Dziecka Ubezpieczonego)
3. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka - w przypadku jego niepełnoletności
4. potwierdzenie kontynuowania nauki - w przypadku Dzieci powyżej 19 roku życia

### Groźna choroba, uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem mięśnia sercowego lub udarem

1. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez osobę uprawnioną z ramienia Ubezpieczającego<sup>3)</sup> lub przez Brokera o ile został do tego upoważniony przez Ubezpieczającego

Jeśli zdarzenie zostało spowodowane wypadkiem, dodatkowo:

3. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
4. kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę - w przypadku wypadku w pracy lub w drodze do/z pracy
5. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

### Telediagnoza

W przypadku roszczenia z tytułu umowy dodatkowej Telediagnoza uprzejmie prosimy o bezpośredni kontakt z Konsorcjum WorldCare International Ltd., [www.worldcare.pl](http://www.worldcare.pl), pod adresem email: [worldcare@worldcare.pl](mailto:worldcare@worldcare.pl)

Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Państwa o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu prawidłowego zgłoszenia roszczenia z tytułu konsultacji medycznej.

---

\* osoba uprawniona z ramienia Ubezpieczającego do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem to Radca Prawny, poświadczający dokument pieczęcią firmową, imienną z zajmowanym stanowiskiem oraz podpisem.

---

Jeśli okaże się, że do podjęcia decyzji niezbędne będą dodatkowe dokumenty poinformujemy o tym niezwłocznie.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

\* 4115- 1001 \*

## Odpowiedzialność Towarzystwa

### §4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

## Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

## Wypłata Świadczeń

### § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
  - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
  - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
  - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

# Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego

## Postanowienia ogólne

### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

## Definicje

### § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Nieszczęśliwy Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek Ubezpieczonego podróżującego w charakterze kierowcy lub pasażera Pojazdem i/lub Środkiem transportu publicznego będącym w ruchu, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej. Pod pojęciem Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy lub rowerzysta i został uderzony przez Pojazd i/lub Środek transportu publicznego będący w ruchu.
2. **Pojazd** – pojazd z własnym napędem, posiadający silnik przeznaczony do poruszania się na lądzie. Na potrzeby niniejszej umowy dodatkowej do definicji Pojazdu włącza się także pojazdy szynowe.
3. **Środek transportu publicznego** – każdy lądowy, wodny lub powietrzny środek transportu posiadający aktualne uprawnienia do odpłatnego przewozu osób.

## Zdarzenie ubezpieczeniowe

### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

\*U\*

\* U \*



\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### §4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

### Wypłata Świadczeń

#### § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej lub Umów Dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
  - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
  - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
  - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
  - a) Stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej ;
  - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego;
  - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej;
  - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I);
  - e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).
2. **Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
  - a) zawał tkanki mózgowej;
  - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
  - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.

Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

- a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
- b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
- b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

\*U\*

\* U \*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej w ramach Pakietu Standard Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 (sześć) miesięcy. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej w ramach Pakietu VIP Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 (trzy) miesiące.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku ze zmianą Wariantu w ramach Pakietu Standard odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku ze zmianą Wariantu w ramach Pakietu VIP lub zmiany Pakietu Standard na Pakiet VIP odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza a także poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
4. udziału Ubezpieczonego w następujących zajęciach sportowych lub rekreacyjnych: spadochroniarstwo, wspinaczka, speleologia, skoki na linie oraz udziału Ubezpieczonego w Zawodach sportowych z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych, poza lekkoatletyką i pływaniem,
5. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
6. choroby, która została rozpoznana przed datą objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy Dodatkowej.

### Wypłata Świadczeń

#### § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej lub Umów Dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że zgon Ubezpieczonego nastąpił w ciągu 30 dni od daty rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 ustęp 1 lub 2.
2. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy choroby pojawiają się po raz pierwszy:
  - po upływie 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku osób ubezpieczonych w zakresie Pakietu Standard z zastrzeżeniem ust. 3;
  - po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku osób ubezpieczonych w zakresie Pakietu VIP z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust 2 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy i do wysokości sumy ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z zastrzeżeniem, że wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej Umowy Ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:

- dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru, dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,
  - pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.
4. W celu ustalenia prawa Uposażonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

\*U\*

\* U \*

\*4115-1001\*

**\* 4115- 1001\***

# Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

## Postanowienia ogólne

### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

## Definicje

### § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nie rokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem i doświadczeniem,
2. **Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny, lub Złamanie nie powodujące trwałej straty funkcji kończyny,
3. **Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

## Zdarzenie ubezpieczeniowe

### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

## Odpowiedzialność Towarzystwa

### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

## Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
3. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
5. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

W przypadku złamania nie powodującego straty funkcji kończyny Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku, gdy obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:

6. czynności spowodowanych lub wywołanych z winy umyślnej Ubezpieczonego,
7. leczenia lub zabiegu chirurgicznego za wyjątkiem całkowicie niezbędnych w celu leczenia skutków Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego.

## Wypłata Świadczeń

### § 6

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo
- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia zgodnie z Tabelą Świadczeń pod warunkiem, że:
  - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
  - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
  - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wymienione wyżej obrażenia ciała i

\*U\*

**\* U\***

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

- d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i na zakończenie tego okresu spełnia warunki Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa.
- 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy Dodatkowej - z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Uszczerbek na Zdrowiu
  - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
    - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
    - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
    - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
  - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy Dodatkowej - z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wysokość Świadczenia zostanie ustalona na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część niniejszej umowy. Tabela ta stanowi załącznik do niniejszych SWU.

### § 7

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w odniesieniu do Ubezpiezonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z § 6 i z zastrzeżeniem § 8 ust 2.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpiezonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

### Ustalenie wysokości Świadczenia

#### § 8

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn lub złamania części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządów lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa lub uszczerbku istniejącego uprzednio. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na Zdrowiu zgodnie z § 6 ust. 2, Ubezpieczony jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku istniejącego przed tym zdarzeniem.
3. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie pełnej rekonwalescencji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpiezonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu lub potwierdzenia Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych sześciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
  - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

- b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
  - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
  - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
  - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału;
  - f) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).
3. **Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwale i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
- d) zawał tkanki mózgowej;
  - e) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
  - f) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.
- Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
- c) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
  - d) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- c) przemijające niedokrwienie mózgu,
  - d) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem;
4. **Uszczerbek na zdrowiu** – trwale, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego narządu lub układu, polegające na upośledzeniu lub utracie jego funkcji.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanym w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej w ramach Pakietu Standard Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 (sześć) miesięcy. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej w ramach Pakietu VIP Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 (trzy) miesiące.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku ze zmianą Wariantu w ramach Pakietu Standard odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w związku ze zmianą Wariantu w ramach Pakietu VIP lub zmiany Pakietu Standard na Pakiet VIP odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

1. nadużywania alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza a także poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
2. choroby Ubezpieczonego, która została rozpoznana przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, a w szczególności jeżeli Zawał serca lub Udar był rozpoznany przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową,
3. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

### Wypłata Świadczeń

#### § 6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że
  - a) pomiędzy Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a Uszczerbkiem na Zdrowiu Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz
  - b) upośledzenie lub utrata funkcji narządu lub układu zostały stwierdzone przez lekarza w terminie 180 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru oraz
  - c) Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
2. Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy:
  - po upływie 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku osób ubezpieczonych w zakresie Pakietu Standard z zastrzeżeniem ust. 3;
  - po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku osób ubezpieczonych w zakresie Pakietu VIP z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej umowy i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

ust 2 niniejszych Warunków okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy i do wysokości sumy ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z zastrzeżeniem, że wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej umowy ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:

- a) dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru, dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - b) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,
  - c) pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.
4. Procent Uszczerbku na Zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
5. Wysokość świadczenia zostanie ustalona przez lekarza powołanego przez Towarzystwo na podstawie „Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu w Wyniku Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru”, która stanowi załącznik do niniejszych SWU stanowi integralną część niniejszej Umowy Ubezpieczenia.

### § 7

W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

### Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

#### § 8

1. Za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez jeden i ten sam Zawał mięśnia sercowego lub jeden Udar może być przyznane maksymalnie 100% uszczerbku na zdrowiu.
2. Ubezpieczonemu przysługuje jedno świadczenie za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez Zawał mięśnia sercowego i jedno świadczenie za Uszczerbek na zdrowiu spowodowany przez Udar.
3. W przypadku uszkodzenia narządu lub układu, który przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem był uszkodzony na skutek samoistnej choroby lub przebytego urazu, w obrębie którego powstał uszczerbek na zdrowiu, procent uszczerbku ustala się poprzez proporcjonalne zmniejszenie biorąc pod uwagę stan danego narządu lub układu przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a stan istniejący po Zawałe mięśnia sercowego lub Udarze.
4. Po ustaleniu przez Towarzystwo procentu Uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana stanu zdrowia Ubezpieczonego nie ma wpływu na zmianę wysokości wypłaconego świadczenia.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie Świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku PAKIET RENTA

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenie oznacza:

**Trwałe Inwalidztwo** – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka określone w Tabeli stanowiącej załącznik do niniejszych warunków lub ustalone na podstawie Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny.

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu .
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa
  - z dniem, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia opisanego w § 6 ust. 1 lub ust. 2,
  - jeśli Ubezpieczony został w trakcie trwania niniejszej Umowy Dodatkowej uznany za Niepoczytalnego – z dniem powstania stanu Niepoczytalności.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, które spowodowały Trwale Inwalidztwo, powstały w wyniku:
  - a) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
  - b) lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
  - c) obrażeń odniesionych w czasie usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
  - d) uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
  - e) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgoszyk, przepuklina krążka miazdżystego.

### Wypłata Świadczeń

#### § 6

1. Jednorazowe Świadczenie  
Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwale Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:
  - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
  - b) Fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
  - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
  - d) Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
2. Miesięczne Świadczenie
  - 1) Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwale Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenie, jeżeli:
    - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i
    - b) Fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
    - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
    - d) Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
  - 2) Wysokość miesięcznego Świadczenia oraz okres jego wypłaty są określone w Umowie Ubezpieczenia.
  - 3) Wypłata miesięcznego Świadczenia rozpocznie się po okresie pełnej rekonwalescencji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa.
  - 4) Miesięczne Świadczenie na pisemny wniosek Ubezpieczonego może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych Świadczeń miesięcznych.
  - 5) W przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzymującego miesięczne Świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych Świadczeń zostanie wypłacona jednorazowo jego spadkobiercom.
  - 6) W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu wszystkich dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

\*U\*

\* U \*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

### Ustalenie wysokości Świadczenia

#### § 7

1. Jeśli Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała nie wymienionym w tabeli świadczeń stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę tabelę nie jest mniejsze niż 50%. Tabela ta jest dostępna w Biurze głównym Towarzystwa oraz jego upoważnionych przedstawicielstwach. Tabele, o których mowa w niniejszym punkcie, stanowią integralną część niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narządom lub kończyom zgodnie z „Tabelą norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”.
3. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, przy ocenie stopnia inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem zaistniałym w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, uwzględniany będzie stopień inwalidztwa istniejącego uprzednio. Prawo do Świadczenia będzie przysługiwało w przypadku kiedy wartość procentowa orzeczonego inwalidztwa pomniejszonego o inwalidztwo istniejące uprzednio będzie spełniała definicję Trwałego inwalidztwa zgodnie z § 2 niniejszych Warunków.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego Inwalidztwa odpowiadającego niniejszym Warunkom. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszych Warunków. Wszelkie Świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

#### § 8

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Dziecka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

**Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w wieku do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Dziecka Ubezpieczonego.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy z zastrzeżeniem § 5 ust 2.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.

### Wypłata świadczeń

#### § 5

1. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko urodziło się żywe.
2. W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek śmierci dziecka Ubezpieczonego bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej umowy i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust 2 niniejszych Warunków okres Karencji w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń

\*U\*

\* U\*



## \* 4115- 1001\*

z tytułu tej umowy i do wysokości sumy ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z zastrzeżeniem, że wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej umowy ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:

- dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka, dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,
  - kopii wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń lub pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego;
2. **Macocha** - żona ojca Ubezpieczonego lub ojca Małżonka Ubezpieczonego, nie będąca matką Ubezpieczonego lub matką Małżonka Ubezpieczonego, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub po ojcu Małżonka Ubezpieczonego, nie będąca matką Ubezpieczonego lub matką Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
3. **Ojczym** - mąż matki Ubezpieczonego lub matki Małżonka Ubezpieczonego, nie będący ojcem Ubezpieczonego lub ojcem Małżonka Ubezpieczonego, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego lub po matce Małżonka Ubezpieczonego, nie będący ojcem Ubezpieczonego lub ojcem Małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
4. **Osierocenie dziecka** – śmierć Ubezpieczonego mającego dziecko w wieku do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia;
5. **Rodzic** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego oraz matka lub ojciec Małżonka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Ubezpieczonego lub matka Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Macochę Ubezpieczonego lub Macochę Małżonka Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Ubezpieczonego lub ojciec Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Ojczyzna Ubezpieczonego lub Ojczyzna Małżonka Ubezpieczonego;
6. **Urodzenie się Dziecka** – urodzenie się Ubezpieczonemu Dziecku żywego lub martwego nie wcześniej niż po upływie dwudziestego drugiego tygodnia ciąży.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Rodzica, Urodzenie się Dziecka lub Osierocenie dziecka.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### §4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się Dziecka rozpoczyna się po upływie 9 miesięcy od daty wskazanej w dokumencie dostarczonym Ubezpieczającemu.
3. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica lub Osierocenia dziecka Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy.
4. W związku z podwyższeniem sumy ubezpieczenia w trakcie ubezpieczenia:
  - a) W przypadku śmierci Rodzica oraz Osierocenia dziecka Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 6 miesięcy i dotyczy różnicy pomiędzy nową wysokością sumy ubezpieczenia a sumą ubezpieczenia obowiązującą przed datą zmiany.
  - b) odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się Dziecka w terminie 9 miesięcy od daty zmiany ogranicza się wyłącznie do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany.

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

### Wypłata Świadczeń

#### § 5

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z wyłączeniem Osierocenia dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia.
2. W przypadku Osierocenia dziecka Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia.
3. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica nie może przekroczyć czterech.
4. W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie:

- na wypadek urodzenia się dziecka;
- na wypadek śmierci rodzica;
- na wypadek osierocenia dziecka

bepośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony odpowiednio w § 4 ust. 2 oraz w § 4 ust. 3 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń dotycząca danego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz do wysokości poprzedniej sumy ubezpieczenia z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń, z zastrzeżeniem, że wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej Umowy Ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:

- a) dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia odpowiednio na wypadek urodzenia się dziecka / śmierci Rodzica / Osierocenia dziecka, dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - b) kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,
  - c) pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.
  6. W celu ustalenia prawa dziecka do otrzymania świadczenia na wypadek Osierocenia dziecka niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby

### Postanowienia Ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użyтым w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU.

Poniższe określenia oznaczają:

1. **umowa dodatkowa** – umowa zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego łącznie z ubezpieczeniem na życie lub w czasie trwania ubezpieczenia na życie pod warunkiem zaakceptowania powyższego wniosku przez Towarzystwo;
2. **rak** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym);
3. **zawał mięśnia sercowego** – oznacza obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriach, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
  - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
  - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
  - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
  - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
  - e) frakcja wyrzutowa lewej komory mniejsza niż 50% mierzona 3 miesiące lub później od dokonanego zawału;
4. **choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebycie, w następstwie objawów duszniczy bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przezskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych;

\*U\*

\* U \*

## \* 4115- 1001 \*

5. **udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwale i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
- g) zawał tkanki mózgowej;
  - h) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
  - i) zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.
- Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
- a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
  - b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
  - b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem;
6. **niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki;
7. **przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki lub nerki;
8. **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo;
9. **śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie;
10. **poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała;
11. **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;
12. **stwardnienie rozsiane** – choroba charakteryzująca się demielinizacją w mózgu i rdzeniu kręgowym. Diagnoza powinna być jednoznaczna i wymagane jest potwierdzenie przez specjalistę neurologa więcej niż jednego epizodu właściwie określonego deficytu neurologicznego z utrzymującymi się objawami zajęcia nerwów wzrokowych pnia mózgu i rdzenia kręgowego z równoczesnym osłabieniem koordynacji oraz funkcji ruchowej i czuciowej. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem stwierdzenia u Ubezpieczonego inwalidztwa przekraczającego 75% potwierdzonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo;
13. **operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa;
14. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być koniecznie poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) włączając badanie audiometrii tonalnej oraz badanie proggu słyszenia;
15. **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (duplegia), porażenie cztero kończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów;
16. **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy;
17. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
- a) występowanie zagrożenia życia,
  - b) spowodowanie uszkodzenia mózgu,
  - c) guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
  - d) występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę-neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii i komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
- a) torbiele,
  - b) ziarniniaki,
  - c) malformacje naczyniowe,
  - d) krwiaki,
  - e) guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego;
18. **operacja aorty** – przebycie zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszna bez odgałęzień;
19. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
- a) choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne’a, Becker’a, kończynowo-obręczowa, miotoniczna, dystrofia twarzowo-łopatkowo-ramienna, oczno-gardłowa; i
  - b) stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej dwóch "Czynności życia codziennego";
20. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** - zwężenie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnic wieńcowych;
21. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
- a) martwica obejmująca całe zraziki,

\*U\*

\* U \*

## \* 4115- 1001\*

- b) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
  - c) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
  - d) narastająca żółtaczką;
22. **pierwotne nadciśnienie płucne** - pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
- a) znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej; i
  - b) potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca;
23. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która według wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna przy obecności infekcji wirusem HIV;
24. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłe choroby układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
  - b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
  - c) wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO2 równe lub mniej niż 55 mm Hg),
  - d) występowanie duszności spoczynkowej.
- Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa;
25. **choroba neuronu ruchowego** - wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „Czynności życia codziennego”;
26. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch „Czynności życia codziennego”;
27. **niedokrwistość aplastyczna** - przewlekłe utrwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwistość (spadek ilości krwinek czerwonych), spadek ilości krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
- a) Przetoczenia produktów krwiopochodnych
  - b) Czynniki stymulujących szpik kostny
  - c) Immunosupresji
  - d) Przeszczepu szpiku kostnego;
28. **angioplastyka wieńcowa przezskórna** – jakiegokolwiek zabieg wieńcowej angioplastyki przezskórnej celem korekcji zwężenia (minimum 50% światła) dwóch głównych tętnic wieńcowych pod warunkiem, że Ubezpieczony przedstawi wywiad objawów chorobowych ograniczających aktywność fizyczną.  
Wywiad taki powinien obejmować:
- a) Objawy wystarczająco poważne, wskazujące na to, że przysły poziom tolerancji wysiłku Ubezpieczonego będzie ograniczony do minimalnego stopnia, dla zapobiegania epizodom bólów w klatce piersiowej,
  - b) Specjalistyczną opinię medyczną, która potwierdza konieczność ograniczenia aktywności fizycznej, by zminimalizować umiarkowane i poważne bóle wieńcowe. Dodatkowo Ubezpieczony musi mieć prowadzoną przez co najmniej 6 miesięcy farmakoterapię choroby wieńcowej, celem kontroli bólów i dolegliwości wieńcowych.
- Dokumentacja medyczna powinna zawierać wszystkie z następujących dokumentów:
- a) Pełną dokumentację i zaświadczenie od leczącego kardiologa;
  - b) Potwierdzenie istotnych, charakterystycznych zmian w EKG (obniżenie odcinka ST na 2 mm lub więcej, o przebiegu poziomym lub obniżającym się skośnie, bez obniżenia punktu J);
  - c) Potwierdzenie angiograficzne lokalizacji i stopnia zwężenia dwóch głównych tętnic wieńcowych.
29. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie;
30. **ważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałym i nieodwracalnym ubytkiem neurologicznym stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznaczными wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki i niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakiegokolwiek innych przyczyn;
31. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymać się przez co najmniej 6 tygodni. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
- a) Obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskanym po nakłuciu lędźwiowym; i
  - b) konsultanta neurologa.
- Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przy obecności infekcji wirusem HIV;
32. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnej egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej „Czynności życia codziennego” nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuje nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej;
33. **toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem auto-przeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej. W ramach niniejszej umowy toczeń rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (klasy III - V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.  
Klasyfikacja WHO Toczniowego kłębkowego zapalenia nerek:  
Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne  
Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium

## \* 4115- 1001\*

Klasa III. Ogniskowe, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych

Klasa IV. Rozlane, rozplemowe zapalenie kłębuszków nerkowych

Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych

Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem;

34. **zespół apaliczny** – uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną;
35. **AIDS** – Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) będzie używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Kopia tej definicji znajduje się w Biurze Głównym Amplico Life. Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV;
36. **Czynności życia codziennego** –  
Poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby;  
Kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowania higieny osobistej;  
Ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się Korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny;  
Jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie objawów choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 2, 3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-27, 29-34 lub przebycie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4, 7, 13, 18 i 28.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 (trzy) miesiące.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 (trzech) miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub leczenie operacyjne nastąpi pośrednio lub bezpośrednio w wyniku:

1. samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. łamania prawa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. nadużycia alkoholu, środków odurzających lub farmaceutycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
4. AIDS,
5. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
6. działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
7. zdarzenia (choroby lub leczenia operacyjnego), w przypadku którego, Ubezpieczony otrzymał diagnozę choroby bądź zalecenie leczenia operacyjnego lub przebył operację lub podlegał leczeniu lub podlegał medycznej kontroli lub był w trakcie badań diagnostycznych przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej.

Ubezpieczony, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 2, 3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-27, 29-34 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w §2 punkty 4, 7, 13, 18 lub 28 przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie umowy dodatkowej z poniższymi wykluczeniami:

Punkt z § 2	Zdarzenie zaistniałe przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej	Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2
2	Rak	2, 7, 17, 23
3	Zawał mięśnia sercowego	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
4	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
5	Udar	3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 17, 18, 20, 23, 28, 32
6	Niewydolność nerek	6, 7
7	Przeszczepienie narządu	2, 6, 7, 9, 23, 32
8	Utrata wzroku	8, 17
9	Śpiączka	5, 8, 9, 11, 17, 23, 32
10	Poważne oparzenie	10
11	Utrata mowy	5, 9, 11, 17
12	Stwardnienie rozsiane	8, 9, 12, 23, 32
13	Operacja zastawek serca	3, 4, 5, 7, 9, 13, 18, 20, 28
14	Utrata słuchu	14
15	Paraliż	15, 23, 32
16	Utrata kończyn	16

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

17	Łagodny guz mózgu	2, 5, 8, 9, 11, 17
18	Operacja aorty	3, 4, 5, 13, 18, 20, 28
19	Dystrofia mięśniowa	Wszystkie choroby
20	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
21	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	7, 21, 23, 32
22	Pierwotne nadciśnienie płucne	Wszystkie choroby
23	Choroba nieuleczalna	Wszystkie choroby
24	Schyłkowa niewydolność płuc	7, 22, 23, 24, 32
25	Choroba neuronu ruchowego	Wszystkie choroby
26	Choroba Parkinsona	Wszystkie choroby
27	Niedokrwistość aplastyczna	Wszystkie choroby
28	Angioplastyka wieńcowa przezskórna	3, 4, 5, 7, 13, 18, 20, 28
29	Zapalenie mózgu	9, 15, 23, 29, 31, 32
30	Poważny uraz głowy	5, 8, 9, 11, 14, 15, 23, 25, 30, 32
31	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	9, 15, 23, 29, 31, 32
32	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	Wszystkie choroby
33	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	Wszystkie choroby
34	Zespół apaliczny	Wszystkie choroby

### Wyplata świadczeń § 6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub umów dodatkowych, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia, za wyjątkiem angioplastyki wieńcowej przezskórnej, w przypadku której świadczenie zostanie wypłacone w wysokości dziesięciu procent (10%) sumy ubezpieczenia.
- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
  - rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 2, 3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-27, 29-34 lub
  - zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 4, 7, 13, 18 lub 28
- Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy objawy choroby pojawią się lub gdy leczenie operacyjne nastąpi lub zostanie zalecone po raz pierwszy po upływie 3 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej z zastrzeżeniem ust. 4.
- W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek groźnej choroby bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej umowy i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust 2 okres karencji w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z następującymi zastrzeżeniami:
  - uchylenie okresu karencji dotyczy wyłącznie wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby oraz zakresu ubezpieczenia, a w szczególności listy groźnych chorób (operacji) w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej umowy ubezpieczenia.Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:
  - dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek groźnej choroby, dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,
  - kopii wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń lub pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.
- Wyplata świadczenia zgodnie z ust. 1 nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał świadczenie oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust. 7
- W przypadku angioplastyki wieńcowej przezskórnej Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wyplata będzie dokonana tylko za jedną z inwazyjnych metod leczenia Ubezpieczonego. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych świadczeń z tego tytułu. Wyplata świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia Ubezpieczonego w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z angioplastyką, zgodnie z tabelą w § 5 ust. 7. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
- W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.
- W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą umową dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

\* 4115- 1001\*

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

3. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
4. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych;
5. **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej / Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – wydzielony oddział szpitalny w rozumieniu powszechnie obowiązujących regulacji prawnych.
6. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów;
7. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, zdrowiu psychicznym lub kontaktach społecznych;
8. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne;
9. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 (trzy) miesiące. Karencja nie dotyczy Hospitalizacji Ubezpieczonego będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja wynika lub jest związana z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą umową,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
6. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. wirusem HIV,
10. Uszkodzeniem Ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej.
13. przelotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Dodatkowo w przypadku osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w zakresie Pakietu Standard Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku gdy Hospitalizacja wynika lub jest związana z:

14. nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie 3 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej,
15. chorobą, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę bądź zalecenie leczenia lub podlegał leczeniu lub podlegał medycznej kontroli lub był w trakcie badań diagnostycznych lub zasięgał porady lekarskiej w okresie 3 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej

### Wypłata świadczeń § 6

1. Świadczenie szpitalne
  - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
    - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa
    - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji:
      - i. jako Pacjent Stały co najmniej dobę, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała lub
      - ii. jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne dni, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
  - 2) Świadczenie szpitalne płatne jest od 1 dnia hospitalizacji.
  - 3) Maksymalny okres hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby nie może przekroczyć 180 dni.
  - 4) Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.
2. Świadczenie za pobyt na OIOM/OIT
  - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego Ubezpieczony zostaje skierowany i przebywa na OIOM/OIT, wówczas jest uprawniony do dodatkowego Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia.
  - 2) Świadczenie zostanie wypłacone za okres pobytu na OIOM/OIT nie dłuższy niż czterdzieści dni w trakcie jednej Hospitalizacji.
  - 3) Świadczenie zostanie wypłacone, o ile Hospitalizacja spełnia warunki wymienione w ust. 1 pkt 1).
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza

### Postanowienia ogólne § 1

1. Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje § 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Konsultacja Medyczna** (zwana dalej „Konsultacją”) – świadczenia opisane w § 6 ust. 3 umowy dodatkowej,
2. **Konsorcjum WorldCare** (zwane dalej „Konsorcjum”) – sieć specjalistów medycznych, zorganizowaną przez WorldCare International Ltd. w celu udzielania osobom objętym ochroną Konsultacji zgodnie z umową dodatkową, na podstawie zawartej umowy o współpracy.
3. **Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS)** będzie używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Kopia tej definicji znajduje się w Biurze Głównym Towarzystwa. Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

### Zdarzenie ubezpieczeniowe, Świadczenie § 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej wymienionych w §5 chorób lub problemów zdrowotnych, z tytułu których Ubezpieczony zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie Konsultacji medycznej, do której jest uprawniony na podstawie niniejszej Umowy Dodatkowej.

\*U\*

\* U\*



## \* 4115- 1001\*

2. Świadczeniem w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego jest opłacenie przez Towarzystwo kosztów Konsultacji Medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego zgodnie z niniejszą Umową Dodatkową. Konsultacje Medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu i jego lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
3. Konsultacja medyczna obejmuje:
  - a) opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
  - b) jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
  - c) jedną Konsultację uzupełniającą. W przypadku, gdy Ubezpieczony wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b), uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna Konsultacja,
  - d) plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
  - e) telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego a specjalistą Konsorcjum.
4. Jeśli wielokrotne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badanie porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację.
5. W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny liczba konsultacji jest ograniczona do:
  - a) dwóch w każdym roku trwania Umowy i
  - b) sześciu w okresie objęcia ochroną z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
6. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego, Członka jego rodziny lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają konsultacji zgodnie z niniejszą Umową Dodatkową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### §4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
  - a) z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego w którym łączna liczba konsultacji odbytych przez Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny objętego niniejszą Umową Dodatkową wyniosła sześć,
  - b) w przypadku zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania Konsultacji Medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego lub Członka jego rodziny.

W przypadku opisanym w punkcie b) Towarzystwo zwróci składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

### Choroby i problemy zdrowotne objęte Umową

#### § 5

Ubezpieczony lub Członek jego rodziny uprawniony jest do uzyskania Konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:

1. Nowotwór;
2. Zawał mięśnia sercowego;
3. Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego;
4. Śpiączka;
5. Udar mózgu;
6. Stwardnienie rozsiane;
7. Porażenie, niedowład;
8. Przewlekła obturacyjna choroba płuc;
9. Rozedma płuc;
10. Choroby zapalne jelit;
11. Przewlekła choroba wątroby;
12. Niewydolność nerek;
13. Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy;
14. Cukrzyca;
15. Choroba zakrzepowo-zatorowa;
16. Amputacje;
17. Reumatoidalne zapalenie stawów;
18. Czerniak złośliwy;
19. Rozległe oparzenia;
20. Nagła ślepota spowodowana chorobą;
21. Przeszczep narządów;
22. Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego;
23. Inne podobne choroby zagrażające życiu.

### Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

### § 6

Konsultacje z tytułu Umowy Dodatkowej nie będą udzielane, jeżeli choroba lub problem zdrowotny zostały spowodowane w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Pocztywalności Ubezpieczonego,
2. Nadużywania alkoholu lub leczniczo nie uzasadnionego użycia środków farmaceutycznych, w tym narkotyków,
3. Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zespołu związanego z AIDS, chorób przenoszonych drogą płciową oraz w przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu HIV,
4. Skażenia radioaktywnego,
5. Działania trucizny albo trujących gazów lub oparów,
6. Wad wrodzonych lub wad, które ujawniły się bezpośrednio po urodzeniu lub w późniejszym okresie.

### Zgłoszenie roszczenia

#### § 7

1. Wniosek o Konsultację z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej składa Ubezpieczony lub jego lekarz prowadzący do przedstawiciela Konsorcjum w Polsce pod adresem wskazanym Ubezpieczającemu.
2. Przedstawiciel Konsorcjum poinformuje Ubezpieczonego lub jego lekarza prowadzącego o wymaganych procedurach i dokumentach oraz udzieli wszelkiej pomocy w celu uzyskania powyższej Konsultacji.
3. WorldCare International Ltd. zapewni możliwość przetłumaczenia na język angielski dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego w języku polskim oraz możliwość przetłumaczenia na język polski wyników Konsultacji otrzymanych z Konsorcjum.

### Postanowienia końcowe

#### § 8

1. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane Konsultacje.
2. Amplico Life nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd. dotyczące Konsultacji udzielanych na podstawie Umowy Dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

## Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji

### Postanowienia ogólne

#### § 1

Postanowienia niniejszych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

### Definicje

#### § 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w WU, poniższe określenia oznaczają:

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych;
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów;
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
5. **Tabela Świadczeń** – tabela określająca rodzaj operacji i zabiegów chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do umowy dodatkowej.
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;

### Zdarzenie ubezpieczeniowe

#### § 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Choroby lub na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej.

### Odpowiedzialność Towarzystwa

#### § 4

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W stosunku do Ubezpieczonego obejmowanego ochroną ubezpieczeniową w zakresie niniejszej Umowy Dodatkowej Towarzystwo stosuje Karencję, która wynosi 3 (trzy) miesiące. Karencja nie dotyczy operacji lub zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 (trzech) miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

### Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

#### § 5

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli operacja lub zabieg chirurgiczny wynikają lub są związane z:

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu Poczytalności Ubezpieczonego,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą umową,
4. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
5. wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
6. wszelkimi uszkodzeniami ciała powstałymi lub chorobami rozpoznanymi przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. wirusem HIV,
10. uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. Przez pełnienie służby wojskowej należy rozumieć czynności o charakterze wojskowym: ćwiczenia i szkolenia na poligonie lub w jednostce wojskowej.
13. przelotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

### Wypłata świadczeń

#### § 6

Świadczenie operacyjne

- 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
  - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku choroby rozpoznanej lub uszkodzenia ciała powstałego po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej i
  - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały i
  - c) Ubezpieczony został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu określonym Umową Dodatkową.
- 2) W przypadku uszkodzenia ciała polegającego na złamaniu kości świadczenie operacyjne związane ze złamaniem zostanie wypłacone także w przypadku zastosowania leczenia bez konieczności pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w charakterze Pacjenta Stałego.
- 3) Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, Świadczenie wypłacone za wszystkie operacje będzie równe kwocie odpowiadającej najwyższemu wskaźnikowi procentowemu spośród przewidzianych w Tabeli Świadczeń dla poszczególnych operacji wykonanych podczas tej sesji.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony przeszedł operację chirurgiczną nie wyszczególnioną w Tabeli Świadczeń, Towarzystwo ustali wysokość Świadczenia, stosując wskaźnik procentowy operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności spośród znajdujących się w Tabeli Świadczeń.
- 5) W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek operacji bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust 2 okres Karencji w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy i do wysokości sumy ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy z zastrzeżeniem, że wysokość wypłaconego świadczenia nie może przewyższyć sumy ubezpieczenia wynikającej z niniejszej umowy ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego przed dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia w formie załączników do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego następujących dokumentów:

  - dla każdej z osób objętych ochroną ubezpieczeniową w poprzednim zakładzie ubezpieczeń w zakresie ubezpieczenia na wypadek operacji, dokumentu zawierającego następujące dane: imię, nazwisko, numer PESEL, podgrupę lub wariant ubezpieczenia oraz okres ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń,
  - kopii polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia grupowego z poprzednim zakładem ubezpieczeń, zawierającej informacje o zakresie oraz sumach ubezpieczenia,

\*U\*

\* U\*

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001 \*

- kopii wypowiedzenia umowy ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń lub pisemnego potwierdzenia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynikającej z ubezpieczenia grupowego w poprzednim zakładzie ubezpieczeń.
- 6) W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w załączniku do WU, stanowiącym integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane niniejszą Umową Dodatkową podlegają uregulowaniom Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

### Załącznik do umowy dodatkowej

#### Tabela Świadczeń

Operacje i zabiegi chirurgiczne	wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
<b>A. JAMA BRZUSZNA:</b>	
1. wycięcie jelita.....	70
2. wycięcie żołądka.....	70
3. zespolenie żołądkowo-jelitowe.....	60
4. usunięcie pęcherzyka żółciowego.....	70
5. otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych....	50
6. cesarskie cięcie.....	50
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację.	
<b>B. ROPIEŃ:</b>	
1. nacięcie powierzchniowego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku.....	5
2. wymagające hospitalizacji leczenie czyraka mnogiego (gromadnego) lub ropnia - jednego lub kilku.....	10
<b>C. AMPUTACJA:</b>	
1. palców rąk i nóg – każdy.....	10
2. ręki, przedramienia lub stopy do kostki.....	20
3. podudzia, ramienia lub uda.....	40
4. uda na wysokości biodra.....	70
<b>D. SUTKI:</b>	
1. doszczętne odjęcie jednego lub obu sutków - z usunięciem zawartości dołu pachowego.....	70
2. proste odjęcie jednego lub obu sutków.....	40
<b>E. KLATKA PIERSIOWA:</b>	
1. pełna (całkowita) torakoplastyka.....	100
2. usunięcie płuca lub jego części.....	70
3. otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów z wyłączeniem nakłucia.....	30
4. usunięcie ropy z wyłączeniem nakłucia.....	10
5. sztuczna odma opłucnowa.....	10
6. bronchoskopia:	
a) diagnostyczna.....	10
b) operacyjna, z wyłączeniem biopsji.....	20
<b>F. UCHO:</b>	
1. przecięcie błony bębenkowej.....	5
2. wydłutowanie wyrostka sutkowatego:	
a) doszczętne, jednostronne.....	50
b) doszczętne obustronne.....	60
3. wytworzenie otworu w ścianie błędnika jednostronne lub obustronne.....	100
<b>G. PRZEŁYK:</b>	
1. operacja zwężenia.....	40
2. operacja zwężenia z użyciem gastrokopu.....	10
<b>H. OKO:</b>	
1. odwarstwienie siatkówki - wielokrotne łączenie.....	100
2. zaćma.....	50
3. usunięcie gałki ocznej.....	30
4. jaskra.....	30
5. usunięcie skrzydlika.....	30
6. nacięcie jęczmyka lub gradówki.....	5
<b>I. ZŁAMANIA</b>	
1. leczenie złamania prostego:	
a) obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia - jedna kość.....	15

\*U\*

\* U \*

**\* 4115- 1001\***

b) kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej.....	10
c) uda.....	40
d) ramienia lub podudzia.....	25
e) palców rąk lub nóg - każdy, lub żebra.....	5
f) przedramienia - dwie kości, rzepki lub miednicy, niewymagające stosowania wyciągu.....	20
g) podudzia - dwie kości.....	30
h) żuchwy.....	20
i) nadgarstka, śródręcza, nosa, żeber - dwa lub więcej lub mostka.....	10
j) miednicy - wymagające wyciągu.....	30
k) kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy.....	5
l) kręgu - złamanie kompresyjne - jedno lub więcej.....	40
m) przegubu dłoni.....	10
2. leczenie złamania złożonego otwartego:	
a) dla złamań złożonych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
b) dla złamań wymagających leczenia operacyjnego, w tym przeszczepów kostnych lub zespoleń kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć.....	100
<b>J. UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY:</b>	
1. usunięcie nerki.....	70
2. umocowanie nerki.....	70
3. usunięcie guzów lub kamieni w nerce, moczowodzie lub pęcherzu moczowym:	
a) operacyjnie.....	60
b) przez przyżeganie lub zabiegi endoskopowe.....	20
4. zwężenie cewki moczowej:	
a) leczenie operacyjne.....	30
b) zabieg przezcewkowy.....	15
5. prostata:	
a) całkowite usunięcie operacyjne.....	70
b) częściowe usunięcie:	
drogą endoskopową.....	25
inną drogą operacyjną.....	50
6. usunięcie jądra lub najądrza.....	25
7. wodniak jądra lub żyłki powrózka nasiennego.....	10
8. usunięcie guzów włóknistych bez dostępu brzuszego.....	20
<b>K. WOLE TARCZYCY:</b>	
1. usunięcie tarczycy z uwzględnieniem wszystkich rodzajów zabiegów operacyjnych.....	70
<b>L. PRZEPUKLINA:</b>	
1. leczenie wstrzyknięciami - pełny cykl:	
a) przepuklina jednostronna.....	20
b) przepuklina obustronna.....	25
2. operacja doszczętna, z uwzględnieniem leczenia wstrzyknięciami:	
a) przepuklina jednostronna.....	40
b) przepuklina obustronna.....	50
<b>M. STAWY I ZWICHNIĘCIA:</b>	
1. nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków i z wyjątkiem naktucia.....	15
2. nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem naktucia.....	40
3. wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
a) stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa.....	75
b) stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka.....	35
4. leczenie zwichnięcia:	
a) palców rąk i nóg – każdy.....	5
b) stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka.....	15
c) żuchwy.....	5
d) stawu biodrowego lub kolanowego z wyłączeniem rzepki.....	20
e) rzepki.....	5
dla zwichnięcia wymagającego leczenia operacyjnego powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu.	
<b>N. NOS:</b>	
1. wewnątrznosowa operacja zatok.....	15
2. zewnątrznosowa operacja zatok.....	35
3. usunięcie jednego lub kilku polipów.....	5
4. usunięcie odśluzówkowe.....	25

\*U\*

**\* U\***

\*4115-1001\*

## \* 4115- 1001\*

5. usunięcie małżowiny nosowej.....	10
<b>O. PARACENTEZA:</b>	
1. nakłucia:	
a) brzucha.....	10
b) klatki piersiowej lub pęcherza moczowego z wyłączeniem cewnikowania.....	5
c) błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa.....	5
<b>P. ODBYTNICA:</b>	
1. doszczętne wycięcie z powodu nowotworu złośliwego - wszystkie rodzaje, włączając przetokę okrężniczą.....	100
2. żylaki odbytu - tylko zewnętrzne, pełny zabieg.....	10
3. żylaki odbytu wewnętrzne lub wewnętrzne i zewnętrzne, z uwzględnieniem wypadania odbytnicy - wycięcie lub pełny cykl leczenia wstrzyknięciami.....	20
4. przetoka odbytu.....	15
5. szczelina odbytu.....	5
6. inne operacje odbytnicy.....	20
<b>Q. CZASZKA:</b>	
1. otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia.....	100
2. usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie .....	30
<b>R. GARDŁO:</b>	
1. usunięcie migdałków lub migdałków i grudek chłonnych:	
a) dorośli i dzieci od 15-go roku życia.....	15
b) dzieci poniżej 15-go roku życia.....	10
2. laryngoskopia w celach diagnostycznych.....	5
<b>S. GUZY:</b>	
1. usunięcie chirurgiczne guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej.....	50
2. usunięcie guzów złośliwych błony śluzowej, skóry i tkanki podskórnej.....	25
3. leczenie operacyjne torbieli lub zatoki włosowatej.....	25
4. usunięcie guzów łagodnych, jądra lub sutka.....	20
5. usunięcie ganglionu.....	5
6. usunięcie guzów łagodnych - jednego lub kilku, z wyłączeniem wymienionych powyżej.....	10
<b>T. ŻYŁY:</b>	
1. żylaki - całkowity zabieg operacyjny lub leczenie wstrzyknięciami na wszystkich żyłach:	
a) jedna noga.....	20
b) dwie nogi.....	30

W imieniu Towarzystwa

\*U\*

\* U\*

## OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE

### DEFINICJE

#### § 1

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający świadczeń assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Pracodawcy;
- 2) **choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, która powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- 3) **choroba przewlekła** – zdiagnozowany przed zawarciem ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 5) **data wypowiedzenia umowy o pracę** – data wskazana w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy o pracę;
- 6) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko Ubezpieczonego w wieku od 14 dnia życia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia;
- 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 8) **małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie umowy dodatkowej i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała;
- 10) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- 11) **osoba wyznaczona** – osoba pisemnie wskazana przez Ubezpieczonego do sprawowania opieki nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi, w sytuacji o której mowa w § 2 ust. 4. pkt 8) oraz do przyjęcia dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielną w sytuacji określonej w § 2 ust. 4 pkt. 8) ppkt. a) i b) i przebywająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) **poważne zachorowanie** – ciężkie schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu narządów ciała zagrażające życiu Ubezpieczonego;
- 14) **Pracodawca** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczonym umowę o pracę oraz zawarła Grupową Umowę Ubezpieczenia na Życie z Amplico Life;
- 15) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;

- 16) **transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne w sposób wskazany przez lekarza Centrum Operacyjnego, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego;
- 17) **Ubezpieczyciel** – AGA International S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B;
- 18) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, zatrudniona przez Pracodawcę, objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia. W rozumieniu niniejszych OWU Ubezpieczonym jest także Małżonek i Dziecko Ubezpieczonego;
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia polegające na:
  - a) wystąpieniu choroby zdefiniowanej w pkt. 2);
  - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt. 9);
  - c) utracie pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych);
  - d) urodzenie się dziecka Ubezpieczonego.

### PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES UBEZPIECZENIA

#### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje:
  - 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu, w razie wystąpienia następującego zdarzenia ubezpieczeniowego:
    - a) wystąpieniu choroby zdefiniowanej w § 1 pkt. 2);
    - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w § 1 pkt. 9);
    - c) utracie pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymania oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy;
  - 2) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu, w razie wystąpienia trudnej sytuacji losowej takiej jak:
    - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego;
    - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego;
    - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego oraz Rodziców Małżonka Ubezpieczonego;
    - d) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania;
  - 3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy w związku z urodzeniem się dziecka Ubezpieczonego;
  - 4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Rodzicowi Ubezpieczonego oraz Rodzicowi Małżonka Ubezpieczonego;
  - 5) zdrowotne usługi informacyjne;
  - 6) Infolinię „baby assistance”.

4. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. a), b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów.
- 1) **transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1 500 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 2) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1 500 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 3) **transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 800 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 4) **opieka pielęgniarską i domowa po hospitalizacji** – jeżeli Ubezpieczony na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej i domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego po zakończeniu hospitalizacji. Opieka pielęgniarska i domowa obejmuje podawanie posiłków, wykonanie zabiegów pielęgniarskich, pomoc w robieniu zakupów, porządków, pomoc w dziedzinie higieny osobistej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 5) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** – w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymaga leżenia, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 6) **organizacja procesu rehabilitacyjnego oraz pokrycie kosztów wizyt** – jeżeli Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej. Ubezpieczyciel zapewnia: zorganizowanie wizyt rehabilitanta w miejscu pobytu albo zorganizowanie wizyt w poradni rehabilitacyjnej oraz pokrycie kosztów rehabilitanta. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1 000 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 7) **organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu. Ubezpieczyciel zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Ubezpieczyciel:
    - a) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 300 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - b) pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 400 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 8) **opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
    - a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej przez Ubezpieczyciela do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
    - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);Centrum Operacyjne świadczy usługi wymienione pkt. 8) ppkt. a) i b) po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki.

W przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych pkt. 8) ppkt. a) i b) Ubezpieczyciel:

    - c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 500 zł. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.Świadczenia usług, o których mowa w pkt. 8) ppkt. a), b) i c) są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.
  - 9) **opieka nad zwierzętami** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez co najmniej 1 dzień, Ubezpieczyciel zapewnia:
    - a) zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, w limicie do 500 zł. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt;
    - b) transport zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wyznaczonej do opieki lub do schroniska dla zwierząt w limicie do 500 zł.Świadczenia realizowane są w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad zwierzętami domowymi oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach profilaktycznych.
  - 10) **dostarczenie rzeczy osobistych** – jeżeli Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów przesłania kurierem rzeczy osobistych z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego do placówki medycznej. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 150 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.



- 11) **przyjazd członka rodziny** – jeżeli Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Ubezpieczyciel, po uzyskaniu informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji, zapewnia organizację i pokrycie kosztów przejazdu członka rodziny (bilety autobusowe lub kolejowe I klasy) oraz zakwaterowania w hotelu. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 12) **organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka Ubezpieczonego** – jeżeli dziecko Ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa w szpitalu, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub w hotelu przy szpitalnym. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 300 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  - 13) **Tele-opieka** – jeżeli Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa na zwolnieniu lekarskim, wymagającym leżenia w miejscu zamieszkania przez okres minimum 30 dni, Ubezpieczyciel zapewni organizację i pokrycie kosztów instalacji terminala alarmowego służącego do natychmiastowego połączenia z Centrum Operacyjnym, gdzie Ubezpieczony może:
    - a) zgłosić zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego, w celu skorzystania z innych świadczeń przysługujących na podstawie niniejszych OWU,
    - b) wezwać służby ratunkowe,
    - c) przekazać wiadomość osobom bliskim tj wskazanym przez Ubezpieczonego.Usługa świadczona jest przez 60 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, liczonych od dnia instalacji terminala alarmowego.  
Usługa jest świadczona pod warunkiem spełnienia następujących warunków przez Ubezpieczonego:
    - a) wskazanie co najmniej jednej osoby uprawnionej (np. sąsiada, członka rodziny), znajdującej się w pobliżu miejsca ubezpieczenia, z którymi Centrum Operacyjne będzie się kontaktować w razie zajścia zdarzenia;
    - b) przekazanie osobie uprawnionej kluczy do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
    - c) posiadanie telefonu stacjonarnego – łącze telefoniczne (analogowe lub cyfrowe), przy czym numer telefonu stacjonarnego nie może być numerem zarezerwowanym.
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. b) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu, organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
    - 1) **wizyta pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1 000 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
    - 2) **wizyta lekarska** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 1 000 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
  6. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 1) ppkt. c) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp, organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:
    - 1) **pakiet informacyjny** – Centrum Operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
      - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
      - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
      - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
    - 2) **informacja telefoniczna** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
      - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
      - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
      - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
      - d) rejestracja w urzędzie pracy;
      - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
      - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
      - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
      - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
      - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
      - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
    - 3) **aktywne poszukiwanie pracy** – Centrum Operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy, biura pośrednictwa (lub Centrum Operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6-ciu miesięcy liczoną od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
    - 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – Centrum Operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Centrum Operacyjne z Ubezpieczonym lub Małżonkiem Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez Centrum Operacyjne usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6-ciu miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 6 pkt. 1), 2), 3), 4) jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt. 1) ppkt. c) potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn Pracodawcy z zachowaniem postanowień § 3.
  7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3. pkt. 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu **pomoc psychologa** – jeżeli na

skutek trudnej sytuacji losowej będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa. Ubezpieczyciel pokrywa koszty do łącznej kwoty 800 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3. pkt. 3) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu **pomoc położnej lub pielęgniarki nad nowonarodzonym dzieckiem** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w okresie pierwszego miesiąca po zakończeniu pobytu w placówce medycznej. Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów jednej wizyty do łącznej kwoty 200 pln w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Pomoc położnej lub pielęgniarki obejmuje:
- 1) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka;
  - 2) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka;
  - 3) porady w razie problemów z laktacją;
  - 4) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu;
  - 5) edukację w zakresie szczepień ochronnych.
9. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3. pkt. 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Rodzicowi Ubezpieczonego **transport na wizytę kontrolną** – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po hospitalizacji trwającej powyżej trzech dni i zaleconą przez lekarza prowadzącego.
10. O celowości organizacji świadczeń i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 4, 5, 6, 7, 8, 9 decyduje lekarz uprawniony.
11. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia przekroczy limit kosztów określony w OWU, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile Ubezpieczony, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Ubezpieczyciela limitem.
12. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 5) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu:
- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
  - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
  - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
  - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
  - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
  - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
  - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.
13. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 3 pkt. 6) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
- 1) objawach ciąży;
  - 2) badaniach prenatalnych;
  - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
  - 4) szkołach rodzenia;
  - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
  - 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;
  - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci.

14. Informacje, o których mowa w ust. 12 i 13 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego oraz Ubezpieczyciela.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 3

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nie nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami wskazanymi w OWU, i ponadto nie obejmuje:
- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 4 ust. 7.;
  - 4) kosztów zakupu leków (Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
  - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
    - a) leczenia sanatoryjnego, zorganizowanego zarówno bez uzgodnienia z Centrum Operacyjnym jak i po uzgodnieniu z Centrum Operacyjnym, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
    - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
    - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
    - d) chorób psychicznych;
    - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny;
    - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
    - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
    - h) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
    - i) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
    - j) chorób przewlekłych;
    - k) nieprzestrzegania zaleceń lekarza uprawnionego;
    - l) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego.
2. W ramach świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt. 13 Ubezpieczyciel nie będzie pociągany do odpowiedzialności w następujących sytuacjach:
- a) awaria lub usterka sieci telekomunikacyjnej i/lub urządzenia interfejsu (np. ADSL),
  - b) awaria lub usterka instalacji elektrycznej u Ubezpieczonego, niezależnie od jej przyczyny, łącznie z niektórymi zjawiskami naturalnymi, takimi, jak wyładowania atmosferyczne, burze itp.;
  - c) niewłaściwe obchodzenie się przez Ubezpieczonego ze sprzętem i/lub jego zniszczenie,
  - d) działanie siły wyższej;

- e) opóźnienie lub niewłaściwe postępowanie w przypadku pomocy udzielonej przez wezwane służby ratunkowe;
  - f) niestosowanie się przez Ubezpieczonego lub wezwanych służb do poleceń wydawanych przez Centrum Operacyjne podczas akcji ratunkowej;
  - g) szkody powstałe na skutek interwencji służb ratunkowych w szczególności takich jak: wyważenie drzwi, wybite szyby w oknie;
  - h) niedopatrzenie lub niepowodzenie podczas realizacji zobowiązań wynikających z siły wyższej, z działania osób trzecich, z wydarzeń takich, jak wojna lub wojna domowa, rewolucji, demonstracje, zamieszki, strajki, zawłaszczenia lub wymuszenia ze strony sił publicznych, oficjalne zakazy, piractwo, wybuchy maszynowe, jądrowe lub zjawiska radioaktywne, klęski żywiołowe.
8. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest, poza zgłoszeniem do Centrum Operacyjnego, użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia skutków zdarzeń. Jeżeli Ubezpieczony dopuści się rażącego niedbalstwa w wykonaniu powyższych obowiązków, Ubezpieczyciel może odmówić realizacji usługi assistance w całości albo w części, chyba że wykonanie całości lub części tej usługi odpowiada w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego bądź względem słuszności.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE


### § 5

1. W kwestiach nie uregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z niniejszej Umowy lub z nią związane pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Skargi lub zażalenia związane z wykonywaniem umowy Ubezpieczony może zgłaszać pisemnie do Działu Jakości Mondial Assistance Sp. z o. o., ul. Domaniewska 50 B, 02-672 Warszawa, fax.: 0-22-522-25-20 w ciągu 30 dni od wystąpienia zdarzenia będącego przyczyną skargi. Skarga zostanie rozpatrzona w ciągu 14 dni od pisemnego złożenia jej do Działu Jakości.
5. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia "Pakiet Usług Assistance" przyjęte zostały Uchwałą Dyrekcji Generalnej AGA International S.A. Oddział w Polsce nr Uchwały U/026/2011 z dnia 6 października 2011 r. wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2011 r.

## ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

### § 4

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z czynnym całą dobę Centrum Operacyjnym.
2. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie wymienionym w § 2 ust. 3 pkt. 1) ppkt. c) Ubezpieczony zobowiązany jest w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu przesłać do Centrum Operacyjnego kopię tego oświadczenia oraz skontaktować się telefonicznie z czynnym przez całą dobę Centrum Operacyjnym.
3. Ubezpieczony kontaktując się z Centrum Operacyjnym powinien podać następujące informacje:
  - 1) imię i nazwisko;
  - 2) adres miejsca pobytu;
  - 3) datę urodzenia;
  - 4) datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
  - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
  - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
4. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Centrum Operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
5. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, zobowiązany jest zabezpieczyć możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych Ubezpieczyciel ma prawo odmówić w całości lub w części spełnienia świadczenia.
7. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszt świadczeń wynikających z ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, w jakiej poniósłby je w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.



Tomasz Frączek  
Dyrektor Oddziału



Agnieszka Walczak  
Zastępca Dyrektora Oddziału

# TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO I CZĘŚCIOWEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

	Procent inwalidztwa
<b>A. USZKODZENIA GŁOWY</b>	
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – znaczne – powyżej 5 cm długości, uszkodzenie powłok czaszki, rozległe, ściągające, szpecące blizny – w zależności od rozmiaru, tkiwości blizn itp.	1-5
b) oskalpowanie – w zależności od powierzchni i lokalizacji ubytku skóry owłosionej:	
I. u mężczyzn	1-10
II. u kobiet	1-15
2. Ubytek w kościach czaszki (pourazowa strata tkanki kostnej na całej jej grubości):	
a) na powierzchni mniejszej niż 3 cm <sup>2</sup>	1-10
b) na powierzchni od 3 do 6 cm <sup>2</sup>	11-20
c) na powierzchni większej niż 6 cm <sup>2</sup>	21-40
<b>UWAGA: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno ocenia się stopień inwalidztwa za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1, a osobno za uszkodzenia kości wg poz. 2.</b>	
3. Porażenia i niedowłady (stopnie podano w skali Lovett'a):	
a) porażenie połowicze lub paraplegia (porażenie kończyn dolnych), utrwalone (0 - 1°)	100
b) niedowład połowiczny lub parapareza (niedowład kończyn dolnych) znacznie utrudniające sprawność kończyn (2°)	60-80
c) niedowład połowiczny lub parapareza średniego stopnia (3°)	35-60
d) niedowład połowiczny lub parapareza nieznacznego stopnia (4°)	5-35
e) niedowład kończyny górnej bez niedowładu kończyny dolnej (prawa / lewa)	
I. 0°	40 / 30
II. 1-2°	30-35 / 20-25
III. 3-4°	5-25 / 5-15
f) niedowład kończyny dolnej bez niedowładu kończy górnej	
I. 0°	40
II. 1-2°	30
III. 3-4°	5-20
4. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-20
5. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie	40-70
c) utrudniające w umiarkowanym stopniu chodzenie	21-30
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-20
6. Padaczka:	
a) padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem i ekwiwalentami padaczkowymi uniemożliwiająca jakąkolwiek pracę	100
b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w dużym stopniu wykonywanie pracy	50-70
c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami mimo leczenia	30-40
d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 lub mniej na miesiąc w trakcie leczenia), dobrze reagująca na leczenie	20-29
<b>UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza i typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzająca rozpoznanie. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania inwalidztwa.</b>	
7. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne całkowicie uniemożliwiające jakąkolwiek pracę (zmiany otępienne, utrwalone psychozy)	100
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi, emocjonalnymi lub spowolnieniem psychoruchowym w zależności od stopnia zaawansowania	30-60
c) encefalopatie bez zmian charakterologicznych, z zespołem dolegliwości subiektywnych, z niewielkimi zmianami w badaniu klinicznym	10-20
<b>UWAGA: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG i obrazie TK (CT) i/lub RM (NMR) mózgu. Zmiany psychoorganiczne wymagają potwierdzenia testami psychologicznymi.</b>	
8. Zespół cerebrasteniczny po urazie głowy z utrwalonymi skargami subiektywnymi – bólami głowy, zawrotami głowy, zaburzeniami pamięci i koncentracji, zaburzeniami snu, drażliwością, utrzymującymi się powyżej 6 miesięcy od urazu, potwierdzonymi w dokumentacji leczenia	1-8
9. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	100
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	40-60
d) umiarkowana afazja, w niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	21-39
e) afazja nieznacznego stopnia, dyskretnie zaburzenia	10-20
10. Zespoły podwzgórzowe o potwierdzonej etiologii pourazowej (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrz- wydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):	

a) znacznie upośledzone czynności ustroju	35-60
b) nieznacznie upośledzone czynności ustroju	20-34
11. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego:	
I. w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
II. w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
b) nerwu boczowego	3
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-15
12. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzewego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
<b>UWAGA: Uszkodzenie nerwu twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej – ocena wg poz. 45.</b>	
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego	5-40
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-10
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

## B. USZKODZENIA TWARZY

17. Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) znaczne oszpecenie bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy, duże widoczne blizny (powyżej 3 cm długości lub powyżej 1,5 cm <sup>2</sup> powierzchni) w zależności od rozmiaru, tkiwości blizn itp.:	
I. u mężczyzn	1-8
II. u kobiet	1-15
b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5-20
c) oszpecenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	21-40
18. Uszkodzenia nosa:	
a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, nie poddające się korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1-4
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania nie poddające się korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-15
c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, nie poddające się korekcji – w zależności od zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-20
d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e) utrata nosa w całości (łącznie z kością nosową)	30
19. Utrata zębów – co najmniej 1/2 korony:	
a) utrata stałych siekaczy i kłów – za każdy ząb	1
b) utrata pozostałych zębów stałych – za każdy ząb – począwszy od dwóch	1

20. Złamanie szczęki lub żuchwy – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia i rozwierania szczęk:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
21. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
a) częściowa	10-35
b) całkowita	40-50
22. Ubytek podniebienia:	
a) z niewielkimi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	16-40
23. Urazy języka, ubytki w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności połykania:	
a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki	1-5
b) średnie zmiany i ubytki	6-14
c) duże zmiany i ubytki	15-50
d) całkowita utrata języka z całkowitą utratą mowy	100

## C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

24. Utrata lub upośledzenie wzroku:	
a) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem, utratą gałki ocznej	40
b) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwale inwalidztwo określa się według następującej tabeli (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem):	

Tabela ostrości wzroku (tab. 1)

Ostrość wzroku oka lewego	prawego										
	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0
1,0	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

**UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji optycznej, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.**

25. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
26. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyńki jednego oka	wg (tab. 1)
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	wg (tab. 1)

- c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka wg (tab. 1)  
 d) zanik nerwu wzrokowego wg (tab. 1)
27. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drżących:  
 a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) wg (tab. 1)  
 b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) wg (tab. 1)  
 c) ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku wg (tab. 1)
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.) wg (tab. 1)
29. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg poniższej tabeli (łącznie % inwalidztwa):

Tabela koncentrycznego zwężenia pola widzenia (tab. 2)

zwężenie do	przy nienaruszonym drugim oku (w %)	w obu oczach (w %)	przy ślepotcie drugiego oka (w %)
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

30. Połowiczne niedowidzenia:  
 a) dwuskroniowe 60  
 b) dwunosowe 30  
 c) jednoimienne 25
31. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy urazowej:  
 a) w jednym oku 15  
 b) w obu oczach 30
32. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej – ocena wg Tabeli ostrości wzroku, ale w granicach procentu inwalidztwa:  
 a) w jednym oku 15-35  
 b) w obu oczach 30-100
33. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po wyczerpaniu możliwości leczenia, w zależności od stopnia i natężenia:  
 a) w jednym oku 5-10  
 b) w obu oczach 10-15
34. Odwarstwienie siatkówki jednego oka, jeśli występuje po urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia, odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem. Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe
35. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku oraz Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia, z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy
36. Zaćma pourazowa – ocena wg Tabeli ostrości wzroku po zakończeniu leczenia, w tym operacyjnego
37. Przewlekłe zapalenie spojówek o etiologii urazowej, w zależności od nasilenia 1-10

## D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

38. Przy upośledzeniu ostrości słuchu, procent trwałego uszczerbku określa się według poniższej tabeli:

Tabela ostrości słuchu (tab. 3)

ucho	ostrość słuchu			
	0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	pow. 70 dB
prawe				
lewe				
0 - 25 dB	0	10	25	30
26 - 40 dB	10	25	40	45
41 - 70 dB	25	40	55	60
pow. 70 dB	30	45	60	70

**UWAGA: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.**

**UWAGA: Ostrość słuchu określa się badaniem audiometrycznym, po zakończeniu leczenia.**

39. Urazy małżowiny usznej:  
 a) utrata części małżowiny 1-5  
 b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia 5-10  
 c) utrata jednej małżowiny 15  
 d) utrata obu małżowin 25
40. Zwężenie lub zrośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z niedosłuchem ocena wg (tab. 3)
41. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień inwalidztwa o:  
 a) jednostronne 5  
 b) dwustronne 10
42. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia powikłań, o:  
 a) jednostronne 5-15  
 b) dwustronne 10-20
43. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu ocena wg (tab. 3)
44. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:  
 a) z uszkodzeniem części słuchowej ocena wg (tab. 3)  
 b) z nieznacznym uszkodzeniem części statycznej – okresowe zaburzenia równowagi, z nieznacznym lub umiarkowanym utrudnieniem chodu 10-20  
 c) ze znacznym uszkodzeniem części statycznej – stałe zaburzenia równowagi, ze znacznym utrudnieniem chodu 21-50  
 d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień inwalidztwa, wg poz. 44b lub 44c
45. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:  
 a) jednostronne w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25  
 b) dwustronne 20-50

## E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU

46. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-10  
 47. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia 5-30

48. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej:	
a) z zaburzeniami głosu w zależności od stopnia	35-60
b) z całkowitym bezgłosem	100
49. Uszkodzenia tchawicy ze zwężeniem jej światła, w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10
b) z niewydolnością oddechową	11-40
50. Uszkodzenia przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia	10-20
b) znaczne zaburzenia drożności, odżywianie tylko płynami, konieczność zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stanu odżywienia	30-50
c) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki itp. – ocena wg poz. 50b, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia powikłań, o	10-30
51. Uszkodzenia tkanek miękkich – rozległe blizny skóry, uszkodzenia mięśni w zależności od blizn i ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) niewielkiego stopnia	1-5
b) znacznego stopnia	10-25

**UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – ocena wg poz. 77.**

#### F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

52. Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości klatki piersiowej:	
a) miernego stopnia	1-5
b) znacznego stopnia	10-20
53. Utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
a) częściowa	5-10
b) całkowita	15
c) z częścią mięśnia piersiowego	16-20
54. Złamania, pęknięcia, co najmniej 2 żeber:	
a) z obecnością znacznych zniekształceń klatki piersiowej i bez zmniejszania pojemności życiowej płuc	1-5
b) z obecnością zniekształceń i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	6-25
55. Złamanie mostka ze zrostem w przemieszczeniu	3-10
56. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej):	
a) z niewielkimi zaburzeniami oddechowymi i innymi zmianami	1-5
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej i ubytku pojemności życiowej płuc	10-40

**UWAGA: Przy orzekaniu według poz. 54, 55, 56 uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolność oddechową potwierdzić należy badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.**

57. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) z niewielkimi zmianami, z wydolnym układem krążenia	5-10
b) z objawami względnej wydolności układu krążenia	11-30
c) z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	31-90

**UWAGA: Stopień uszkodzenia serca – ocena w oparciu o badanie radiologiczne, echokardiograficzne i elektrokardiograficzne.**

58. Pourazowe uszkodzenia przepony – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia – ocena wg odpowiednich pozycji w rozdziałach F, G

#### G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

59. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej, po wyczerpaniu możliwości leczenia

**UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznane za pourazowe.**

60. Uszkodzenia żołądka, jelit i sieci:

a) z niewielkimi dolegliwościami, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i dostatecznym stanie odżywiania	3-10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40

61. Stałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:

a) jelita cienkiego	30-80
b) jelita grubego	20-50

62. Uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów

63. Utrata śledziony:

a) bez większych zmian w obrazie krwi	15
b) ze zmianami w obrazie krwi	20-30

64. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:

a) miernego stopnia	5-10
b) znacznego stopnia	15-60

#### H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁOCIOWYCH

65. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji

66. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej

67. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki

68. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła, z wodonerczem mimo leczenia operacyjnego

69. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych

70. Stałe przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem

71. Pourazowe zwężenie cewki moczowej:

a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	10-15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	20-40
c) z nietrzymaniem i zaleganiem moczu i powikłaniami	41-60

72. Utrata prącia:

a) częściowa	10-30
b) całkowita	40

73. Utrata jednego jądra lub jajnika:

a) w wieku do 45 lat	20
b) w wieku powyżej 45 lat	10

74. Utrata obu jąder lub jajników:  
 a) w wieku do 45 lat 40  
 b) w wieku powyżej 45 lat 20
75. Utrata macicy:  
 a) w wieku do 45 lat 40  
 b) w wieku powyżej 45 lat 20

### I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

(orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej jak po 6 miesiącach)

76. Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – ocena uszkodzenia narządów i układów: oddechowego, krwiotwórczego, krążenia, przewodu pokarmowego, nerwowego następuje wg odpowiednich pozycji niniejszej tabeli

### J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

77. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:  
 a) z ograniczeniem ruchomości do 25% 1-6  
 b) z ograniczeniem ruchomości 26% - 50% 7-14  
 c) z ograniczeniem ruchomości 51% - 75% 15-20  
 d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75% 21-29  
 e) zesztynienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej 30  
 f) zesztynienie w niekorzystnym ustawieniu głowy 45  
 g) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10% – ocena wg poz. 77a-f, dodając, w zależności od stopnia zniekształcenia 2-10  
 h) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°) ocenia się wg poz. 77a-g, zwiększając stopień inwalidztwa o 8

**UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 83.**

**UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.**

78. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th10):  
 a) z ograniczeniem ruchomości do 50% 1-9  
 b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 10-19  
 c) zesztynienie w pozycji fizjologicznej 20  
 d) zesztynienie w ustawieniu niekorzystnym 25-30  
 e) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10% ocenia się wg poz. 77a-d, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia o 1-5  
 f) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgowo o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°) ocenia się wg poz. 78a-e, zwiększając stopień inwalidztwa o 7

**UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 83.**

**UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%.**

79. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5):  
 a) z ograniczeniem ruchomości do 25% 1-6  
 b) z ograniczeniem ruchomości 26% - 50% 7-14  
 c) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 15-29  
 d) zesztynienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej 30  
 e) zesztynienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia 40  
 f) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10% ocenia się wg poz. 77a-e, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od stopnia zniekształcenia, o 3-12

- g) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgowo o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15°) – ocenia się wg poz. 79 a-f, zwiększając stopień inwalidztwa o 9

**UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowo ocenia się wg poz. 83.**

**UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%.**

80. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub kolczystych – w zależności ograniczenia ruchomości kręgosłupa – ocenia się wg poz. 77-79
81. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgowo, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg poz. 77-79, zwiększając stopień inwalidztwa o 5
82. Uszkodzenie 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), umożliwiając poruszanie się za pomocą dwóch łasek 60-80  
 c) niedowład kończyn dolnych umożliwiając 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 100  
 e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn 60-80  
 f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych 20-40  
 g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 20-40
83. Urazowe zespoły korzeniowe:  
 a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp. 2-3  
 b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)  
 I. szyjne 4-9  
 II. piersiowe 3-6  
 III. lędźwiowe 4-9  
 c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn)  
 I. szyjne 10-15  
 II. piersiowe 7-10  
 III. lędźwiowe 10-15  
 d) guziczne 5

### K. USZKODZENIA MIEDNICY

84. Utrwalone rozejście stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i chodu:  
 a) niewielkiego stopnia 1-9  
 b) znacznego stopnia 10-30
85. Utrwalone rozejście spojenia łonowego 1-10
86. Złamanie miednicy z przerwaniami obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe – w zależności od przemieszczenia i zaburzeń chodu:  
 a) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa) 1-9  
 b) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) 10-30



87. Złamanie w obrębie panewki stawu biodrowego – ocena wg poz. 127
88. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji 1-8

**UWAGA: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.**

## L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

### ŁOPATKA

prawa / lewa

89. Złamanie łopatki:
- a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i z niewielkim ograniczeniem funkcji kończyny 1-5 / 1-3
- b) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem oraz ograniczeniem funkcji kończyny:
- I. niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 30% 6-12 / 4-9
- II. średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego w zakresie 31-50% 13-20 / 10-15
- III. duże zmiany z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 50% 21-40 / 16-30

### OBOJCZYK

90. Wadliwe wygojenie złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:
- a) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20% 1-8 / 1-6
- b) deformacja oraz wyraźne ograniczenie ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20% 9-20 / 7-15
91. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń oraz upośledzenia funkcji kończyny:
- a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20% 10-14 / 8-12
- b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20% 15-25 / 13-20
92. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów oraz stopnia zniekształcenia:
- a) brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°) 1-5 / 1-4
- b) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości w zakresie 11-20% (II°, II°/III°) 6-10 / 5-8
- c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°) 11-25 / 9-20
93. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości ocenia się wg poz. 90-92, zwiększając stopień inwalidztwa o 5
94. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego – w zależności od ograniczenia funkcji, zaniku mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30% 1-12 / 1-9
- b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50% 13-20 / 10-15

- c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 21-40 / 16-30
95. Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny 20-40 / 15-30
96. Nawykowe lub nawracające zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną 25 / 20
97. Zesztywnienie stawu ramiennie-łopatkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym):
- a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 30 / 20
- b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 40 / 30
98. Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. ocenia się wg poz. 94-97, zwiększając stopień inwalidztwa o 5
99. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym 60 / 50
100. Utrata kończyny z łopatką 70 / 60

### RAMIĘ

101. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczeń w stawie ramiennie-łopatkowym i łokciowym:
- a) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 20% 1-10 / 1-8
- b) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 20% 11-25 / 9-20
- c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 101a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o 5-15
102. Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:
- a) zmiany niewielkie 1-5 / 1-4
- b) zmiany średnie 6-11 / 5-8
- c) zmiany znaczne 12-20 / 9-15
103. Utrata kończyny w obrębie ramienia:
- a) z zachowaniem mniej niż 1/3 kości ramiennej 60 / 50
- b) przy dłuższych kikutach 50-59 / 45-49

### STAW ŁOKCIOWY

104. Złamania, zwichnięcia, skręcenia i inne uszkodzenia stawu łokciowego – w zależności od ograniczenia ruchomości stawu i innych zmian wtórnych:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20% 1-5 / 1-4
- b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50% 6-15 / 5-10
- c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 16-30 / 11-25
105. Zesztywnienie stawu łokciowego:
- a) w zgięciu do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia 25 / 20
- b) w zgięciu do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia 26-30 / 21-25
- c) w innych, niekorzystnych ustawieniach 31-40 / 26-35
106. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami

itp. ocenia się wg poz. 104-105, zwiększając stopień inwalidztwa o 5  
**UWAGA: Pełny wyprost stawu łokciowego -180°, pełne zgięcie stawu łokciowego -45°.**

#### PRZEDRAMIĘ

107. Złamanie w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30% 1-6 / 1-5
- b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60% 7-15 / 6-10
- c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60% 16-25 / 11-20
- d) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja) 20 / 15
- e) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym 30 / 25
108. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń funkcji:
- a) niewielkie zmiany 1-6 / 1-5
- b) średnie zmiany 7-15 / 6-10
- c) duże zmiany 16-30 / 11-25
109. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenie i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):
- a) niewielkie zmiany 1-5 / 1-4
- b) znaczne zmiany 6-20 / 5-15
110. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:
- a) średniego stopnia 10-20 / 10-15
- b) dużego stopnia 21-35 / 16-30
111. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:
- a) średniego stopnia 10-25 / 10-20
- b) dużego stopnia 26-40 / 21-30
112. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się wg poz. 107-111, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od powikłań, o 5
113. Utrata kończyny w obrębie przedramienia 60 / 50

#### NADGARSTEK

114. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwichnięcie, złamanie – w zależności od blizn, zniekształceń i upośledzenia funkcji:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30% 1-6 / 1-5
- b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60% 7-15 / 6-12
- c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60% 16-25 / 13-20
- d) usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym 20 / 15
- e) usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym 30 / 25

115. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się wg poz. 114, zwiększając stopień uszczerbku o 5
116. Utrata ręki na poziomie nadgarstka 60 / 50

#### ŚRÓDRĘCZE

117. Uszkodzenie śródrezcza: kości, części miękkich – w zależności od zniekształceń i upośledzenia funkcji ręki:
- a) I kość śródrezcza (w zależności od funkcji kciuka)
- I. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30% 1-6 / 1-5
- II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60% 7-12 / 6-9
- III. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60% 13-20 / 10-15
- b) II kość śródrezcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego)
- I. z ograniczeniem ruchomości do 30% 1-5 / 1-3
- II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60% 6-9 / 4-6
- III. z ograniczeniem powyżej 60% 10-15 / 7-10
- c) III kość śródrezcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych)
- I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50% 1-2 / 1
- II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 3-5 / 2-4
- d) IV, V kość śródrezcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródrezcza
- I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50% 1-2 / 1
- II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 3-4 / 2

#### KCIUK

118. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:
- a) utrata opuszki 1-3 / 1-2
- b) utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych 4-10 / 3-5
- c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych 11-15 / 6-10
- d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródrezcza 16-19 / 11-14
- e) utrata obu paliczków z kością śródrezcza 20-25 / 15-20
119. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25% 1-5 / 1-3
- b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26-50% 6-10 / 4-8
- c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51-75% 11-15 / 9-12
- d) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75% 16-20 / 13-15

**UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.**

#### PALEC WSKAZUJĄCY

120. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od upośledzenia funkcji:
- a) utrata częściowa opuszki 1-2 / 1
  - b) utrata paliczka paznokciowego 3-5 / 2-3
  - c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego 6-9 / 4-7
  - d) utrata paliczka środkowego 10 / 8
  - e) utrata trzech paliczków 15 / 10
  - f) utrata wskaziciela z kością śródreżca 15-20 / 10-15
121. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela – ocena w zależności od stopnia zniekształcenia, ograniczenia ruchomości i innych zmian wtórnych:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20% 1-3 / 1-2
  - b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-40% 4-6 / 3-4
  - c) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41-70% 7-11 / 5-7
  - d) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70% 12-15 / 8-10

#### PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

122. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:
- a) palec III – utrata trzech paliczków 10 / 8
  - b) palec III – utrata dwóch paliczków 7 / 5
  - c) palec III – utrata paliczka paznokciowego 3 / 2
  - d) palec IV i V – utrata trzech paliczków 7 / 3
  - e) palec IV i V – utrata dwóch paliczków 4 / 2
  - f) palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego 2 / 1
123. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca:
- a) palec III 10-12 / 8-10
  - b) palec IV i V 7-9 / 3-5
  - c) utraty mnogie
    - I. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego 35 / 25
    - II. całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący 25 / 20
    - III. całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący 12 / 8
    - IV. całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący 20 / 15
    - V. całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem 45 / 40
    - VI. całkowita strata czterech palców innych niż kciuk 40 / 35
124. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian wtórnych:
- a) palec III
    - I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych 1-2 / 1-2
    - II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych 3-5 / 3-4
    - III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi 1-5 / 1-4
    - IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi 6-10 / 5-8
  - b) palec IV i V
    - I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych 1-2 / 1

- II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych 3-4 / 2
- III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi 1-4 / 1-2
- IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi 5-8 / 3-4

**UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny górnej nie może przekroczyć 60% – prawej i 50% – lewej.**

#### M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

##### STAW BIODROWY

125. Utrata kończyny dolnej:
- a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie powyżej 1/2 uda 60
  - b) odjęcie poniżej 1/2 uda 50
126. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
- a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 30-34
  - b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 35-40
127. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (tkanek miękkich oraz układu kostnego) – w zależności od zmian wtórnych ograniczających funkcję kończyny:
- a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30% 2-12
  - b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60% 13-24
  - c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60% 25-40
128. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się wg poz. 127, zwiększając stopień inwalidztwa o 5
129. Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:
- a) bez ograniczeń funkcji 15
  - b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50% 16-25
  - c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% 26-40
- UWAGA: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy ograniczać ocenę inwalidztwa do ściśle pourazowego ubytku funkcji kończyny.**

##### UDO

130. Złamanie kości udowej w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie biodrowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:
- a) skrócenie od 1 do 3 cm bez zmian wtórnych 10
  - b) skrócenie od 3 do 5 cm bez zmian wtórnych 20
  - c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych 30
  - d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm 10-15
  - e) średnie zmiany ze skróceniem od 3 do 5 cm 20-29
  - f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm 30-40
131. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia

upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	45-60	ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
132. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:		a) skrócenie w zakresie 1-3 cm bez zmian wtórnych	10
a) miernego stopnia	1-6	b) skrócenie w zakresie 3,1-5 cm bez zmian wtórnych	20
b) średniego stopnia	7-12	c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	30
c) dużego stopnia	13-20	d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10-15
133. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się wg poz. 130, zwiększając stopień inwalidztwa o	5	e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1-5 cm	20-29
		f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30-40
<b>UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończy- ny dolnej nie może przekroczyć 60%.</b>		139. Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1-3
<b>STAW KOLANOWY</b>		140. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
134. Złamania kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg poz. 135, 136:		a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5
a) utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde dwa stopnie ubytku ruchu	1	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	6-10
b) utrata ruchomości w zakresie 41-90° za każde 5 stopni	1	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
c) utrata ruchomości w zakresie 91-120° za każde 10 stopni ubytku ruchu	1	141. Utrata kończyny w obrębie podudzia	50
d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	20		
e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	25	<b>STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY</b>	
135. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się wg poz. 134:		142. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwłknięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości:	
a) niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	1-4	a) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
b) niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	5-9	b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
c) niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe, i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	10-14	c) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11-20
d) niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	15-20	d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi – zwiększenie oceny inwalidztwa o	5
e) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	21-25	143. Zeszywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
136. Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki), w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości, ocenia się wg poz. 134, zwiększając stopień inwalidztwa o	1-7	a) pod kątem zbliżonym do prostego +-5°	20
		b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21-30
<b>UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 25%.</b>		c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększenie oceny inwalidztwa o	5
137. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50	144. Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
<b>PODUDZIE</b>		a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
138. Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia		b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-10
		c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-30
		d) znaczne zmiany z częściową utratą kości	31-35
		e) znaczne zmiany z zapaleniem kości, przetokami itp. – zwiększenie oceny inwalidztwa o	5
		145. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
		a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-4
		b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	5-9
		c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-15

146. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:		c) całkowita strata dwóch palców stóp	5
a) I lub V kości śródstopia		d) całkowita strata czterech palców stóp	10
I. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1-4	e) znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1-2
II. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5-10	156. Utrata palca V z kością śródstopia	4-9
b) II, III lub IV kości śródstopia		157. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	4-8
I. niewielkie zmiany	1-3	<b>UWAGA: łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć 60%.</b>	
II. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem stopy	4-7	<b>N. PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH</b>	
c) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3-15	158. Uszkodzenie częściowe lub całkowite	prawa / lewa
147. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 146, zwiększając stopień inwalidztwa o	5	– w zależności od stopnia zaburzeń:	
148. Utrata stopy w całości	45	a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15
149. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40	b) nerwu piersiowego długiego	7-15 / 5-10
150. Utrata stopy w środkowej części stępu	35	c) nerwu pachowego	7-20 / 5-15
151. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	30	d) nerwu mięśniowo-skórnego	7-20 / 5-25
		e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	10-40 / 7-35
<b>PALCE STOPY</b>		f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	7-30 / 5-25
152. Uszkodzenie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:		g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-20 / 3-15
a) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-4	h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	2-10 / 1-7
b) utrata paliczka paznokciowego palucha	5	i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-45 / 7-35
c) utrata całego palucha	10	j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-20 / 5-10
153. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości:		k) nerwu łokciowego	5-30 / 3-25
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-3	l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20 / 5-15
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	4-5	ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	20-40 / 15-35
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	6-10	m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15
154. Utrata palucha:		n) nerwu zasłonowego	5-20
a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	11-15	o) nerwu udowego	5-25
b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	20	p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	5-15
c) wraz ze wszystkimi innymi palcami stopy	25	r) nerwu sromowego wspólnego	3-20
155. Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:		s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	20-60
a) częściowa utrata	1-2	t) nerwu piszczelowego	10-20
b) całkowita utrata	3	u) nerwu strzałkowego	10-30
		w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-60
		z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10

# Tabela norm oceny procentowej

## MetLife Amplico<sup>SM</sup>

trwałego uszczerbku na zdrowiu  
w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru



Rodzaj uszczerbku	Procent trwałego uszczerbku
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° wg skali Lovette'a)	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2-2/3° wg skali Lovette'a)	60-80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3-3/4° wg skali Lovette'a)	40-60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4-4/5° wg skali Lovette'a), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	10-40
e) porażenie kończyny górnej (0-1° wg skali Lovette'a) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° wg skali Lovette'a):	
– prawej	70-90
– lewej	60-80
f) niedowład kończyny górnej (3-4° wg skali Lovette'a) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° wg skali Lovette'a):	
– prawej	70-90
– lewej	60-80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° wg skali Lovette'a):	
– prawej	40-60
– lewej	30-40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2 -2/3° wg skali Lovette'a):	
– prawej	30-50
– lewej	20-30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° wg skali Lovette'a):	
– prawej	10-30
– lewej	5-20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° wg skali Lovette'a)	
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° wg skali Lovette'a)	
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyn y dolnej (3-3/4° wg skali Lovette'a)	
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5° wg skali Lovette'a)	
<b>Uwaga:</b> W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg poz. 6, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 5. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. 1g oddzielnie dla każdej kończyny.	
<b>Skala Lovette'a</b> 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej	
2. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy itp.	40-80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-30
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50-80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10-40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10
4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	40-60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-40
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10
<b>Uwaga:</b> Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 5.	
5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80-100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50-80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30-50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10-30
<b>Uwaga:</b> Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK(CT) lub RM(NMR).	



6. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym lub umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20-40
d) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfajza	10-20
7. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5-10
b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10-15
c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	15-35
d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	35-55
e) IV klasa NYHA, EF < 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	55-90
<b>Uwaga:</b> Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.	
<b>Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca</b> <b>Klasa I.</b> Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych. <b>Klasa II.</b> Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe. <b>Klasa III.</b> Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe. <b>Klasa IV.</b> Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
<b>Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory</b> <b>Frakcja wyrzutowa lewej komory</b> – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.	
<b>Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej</b> MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	

Warszawa, dnia 29 września 2006 r.

Amplico Life S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 11.000.000,00 złotych, wpłacony w całości.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70  
© Amplico Life S.A., 2011

**MetLife Amplico**<sup>SM</sup>

**Amplico Life S.A.**  
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa  
e-mail: lifeinfo@metlifeamplico.pl  
www.metlifeamplico.pl

# Tabela norm oceny procentowej

**MetLife Amplico<sup>SM</sup>**

trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek  
nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych



A. Uszkodzenia głowy	Procent trwałego uszczerbku
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) uszkodzenie powłok czaszki – w zależności od rozmiaru (minimum 3 cm długości), ruchomości i tkiwości blizn	1-10
Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie – w zależności od powierzchni ubytku:	
b) utrata poniżej 50% powierzchni skóry owłosionej	1-15
c) utrata od 50% do 100% powierzchni skóry owłosionej	15-30
<b>Uwaga:</b> W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg poz. 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (szczeliny złamań, wgłobienia, fragmentacja) – w zależności od rozległości uszkodzeń	1-10
3. Ubytek w kościach czaszki – w zależności od rozmiaru ubytku:	
a) poniżej 10 cm <sup>2</sup> ubytku	1-10
b) od 10 do 50 cm <sup>2</sup> ubytku	11-15
c) powyżej 50 cm <sup>2</sup> ubytku	16-25
<b>Uwaga:</b> Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień inwalidztwa za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1. Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu, oceniony wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę.	
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	1-15
5. Porażenia i niedowłady połowicze:	
a) porażenia połowicze, porażenie kończyn dolnych, utrwalone, uniemożliwiające samodzielne stanie lub chodzenie	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych, znacznie utrudniający sprawność kończyn	60-80
c) niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych średniego stopnia	30-59
d) niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych nieznacznego stopnia, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5-29
e) porażenie kończyny górnej z niedowładem kończyny dolnej:	
– prawej	50-80
– lewej	40-70
f) porażenie kończyny dolnej z niedowładem kończyny górnej:	
– prawej	70-90
– lewej	60-80
g) niedowład kończyny górnej bez niedowładu kończyny dolnej, w zależności od stopnia niedowładu:	
– prawej	5-60
– lewej	5-50
h) niedowład kończyny dolnej bez niedowładu kończyny górnej, w zależności od stopnia niedowładu	5-50
<b>Uwaga:</b> W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo według poz. 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W ocenie stopnia niedowładów i porażen stosowana będzie skala Lovette'a i Ashworta.	
6. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-99
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-39
7. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:	
a) zaburzenia równowagi uniemożliwiają chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) zaburzenia równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	40-99
c) zaburzenia równowagi utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w małym i średnim stopniu, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-39
8. Padaczka:	
a) padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem i ekwiwalentami padaczkowymi uniemożliwiająca jakąkolwiek pracę	100
b) padaczka z napadami minimum 3 na tydzień, ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w dużym stopniu wykonywanie pracy	51-99
c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami mimo leczenia (powyżej 2 miesięcznie)	21-50
d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc w trakcie leczenia)	11-20
e) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10
<b>Uwaga:</b> Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza i typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna, względnie szpitalna (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu).	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy)	70-100
b) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	40-69
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o umiarkowanym nasileniu	10-39
<b>Uwaga:</b> Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG i obrazie CT mózgu.	

10. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
a) utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym, lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6-20
b) zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi związanymi z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu)	1-5
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-59
d) afazja nieznacznego i umiarkowanego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10-29
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnętrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):	
a) znacznie upośledzone czynności ustroju	35-50
b) nieznacznie upośledzone czynności ustroju	20-34
13. Uszkodzenia częściowe lub całościowe nerwów ruchowych gałki ocznej (okoruchowy, bloczkowy i odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20-35
b) z objawami dwojenia obrazu i/lub opadania powieki	6-19
c) zaburzenia akomodacji lub inne izolowane zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-5
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe lub ruchowe (w tym neuralgie pourazowe)	1-10
b) czuciowo-ruchowe	3-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) częściowe obwodowe lub centralne w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
<b>Uwaga:</b> Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, krążenia i przewodu pokarmowego	5-40
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-10
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
<b>B. Uszkodzenia twarzy</b>	
19. Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenie bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn (szpecące, rozległe – powyżej 2 cm długości lub 1,5 cm <sup>2</sup> ) i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	5-20
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji (także stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji)	21-50
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20. Uszkodzenia nosa:	
a) uszkodzenie nosa (uszkodzenia struktury chrzęstno-kostnej nosa, w tym złamania kości nosa) – bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1-5
b) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6-15
c) uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-20
d) utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata nosa w całości (łącznie z kością nosową)	15-30
<b>Uwaga:</b> O ile uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, należy stosować ocenę wg tej poz. (tj. wg poz. 19).	
21. Utrata stałych siekaczy i kłów – za każdy ząb:	
a) częściowa (utrata co najmniej 1/2 korony zęba)	1
b) całkowita – korony zęba wraz z korzeniem	2
Utrata pozostałych zębów stałych – za każdy ząb:	
a) częściowa (utrata co najmniej 1/2 korony zęba) lub całkowita	1
22. Złamanie szczęki lub żuchwy, lub kości oczodołu, kości jarzmowej – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia i rozwierania szczęk:	
a) bez zaburzenia funkcji	1-2
b) nieznacznego stopnia	3-5
c) znacznego stopnia	6-15
<b>Uwaga:</b> W przypadku zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać według tabeli 26a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg poz. 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z poz. 22.	
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
a) częściowa	10-35
b) całkowita	40-50

24. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania niewielkiego i umiarkowanego stopnia – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	16-40
25. Urazy języka, ubytki w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności połykania:	
a) częściowe ubytki języka z niewielkim upośledzeniem funkcji	1-5
b) ubytki języka oraz upośledzenia funkcji średniego stopnia	6-14
c) duże upośledzenia funkcji oraz znaczne ubytki	15-40
d) całkowita utrata języka	50

### C. Uszkodzenia narządu wzroku

26. a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzrok u jednego lub obu oczu, trwałe inwalidztwo określa się według poniższej tabeli:

		Ostrość wzroku oka prawego										
		1,0/10/10	0,9/9/10	0,8/8/10	0,7/7/10	0,6/6/10	0,5/5/10	0,4/4/10	0,3/3/10	0,2/2/10	0,1/1/10	0
Ostrość wzroku oka lewego	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	

b) Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej

40

#### Uwaga:

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:

a) jednego oka

15

b) obu oczu

30

28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku

Wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a)

b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia

1-5

29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drżących:

a) z zaburzeniami ostrości wzroku

Wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a)

b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia

1-5

30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.):

a) z zaburzeniami ostrości wzroku

Wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a)

b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia

1-5

31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku (w %)	W obu oczach (w %)	Przy ślepotcie drugiego oka (w %)
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

32. Połowiczne i inne niedowidzenia:

a) dwuskroniowe

50

b) dwunożowe

25

c) jednoimienne

25

d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)

1-15

33. Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:

a) w jednym oku

15

b) w obu oczach

30

34. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:																																
a) w jednym oku wg tabeli poz. 26a, ale w przedziale	15-35																															
b) w obu oczach wg tabeli poz. 26a, ale w przedziale	30-100																															
35. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie) – w zależności od stopnia i natężenia:																																
a) w jednym oku	5-10																															
b) w obu oczach	10-15																															
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a i poz. 31) – nie mniej niż	3																															
<b>Uwaga:</b> Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.																																
37. Jaskra – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a) oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia (poz. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oczy																																
38. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	35-100																															
39. Zaćma pourazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 26a) po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji																																
40. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka, w tym blizny rogówki, spojówki, zrosty powiek	1-10																															
<b>D. Uszkodzenia narządu słuchu</b>																																
41. a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu, procent trwałego uszczerbku określa się według niżej podanej tabeli:																																
Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w mod.)																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="4">Ucho prawe</th> </tr> <tr> <th>0-25 dB</th> <th>26-40 dB</th> <th>41-70 dB</th> <th>Pow. 70 dB</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <th rowspan="4">Ucho lewe</th> <th>0-25 dB</th> <td>0</td> <td>5%</td> <td>10%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <th>26-40 dB</th> <td>5%</td> <td>15%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <th>41-70 dB</th> <td>10%</td> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <th>Pow. 70 dB</th> <td>20%</td> <td>30%</td> <td>40%</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>				Ucho prawe				0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB	Ucho lewe	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%
				Ucho prawe																												
		0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB																											
Ucho lewe	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%																											
<b>Uwaga:</b> Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.																																
b) Pourazowe szумы uszne – w zależności od stopnia nasilenia	1-5																															
<b>Uwaga:</b> W celu wykluczenia agrawacji lub symulacji ostrość słuchu powinno określać się nie tylko badaniem audiometrycznym, lecz w razie konieczności także badaniem słuchowych potencjałów wywołanych.																																
42. Urazy małżowiny usznej:																																
a) utrata części małżowiny	1-10																															
b) zniekształcenie małżowiny pourazowe (blizny, oparzenia i odmrożenia) – w zależności od stopnia	1-10																															
c) utrata jednej małżowiny	15																															
d) utrata obu małżowin	25																															
43. Zwężenie lub zrośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu – oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 41)																																
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego w związku z urazem:																																
a) jednostronne	5																															
b) dwustronne	10																															
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:																																
a) jednostronne	5-10																															
b) dwustronne	10-20																															
46. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	Oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 41)																															
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:																																
a) z uszkodzeniem części słuchowej	Oceniać wg tabeli ostrości słuchu (poz. 41)																															
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia (zawroty głowy, nudności, zaburzenia równowagi)	1-50																															
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-60																															
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:																																
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-25																															
b) dwustronne	10-50																															
<b>E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku</b>																																
49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji	1-10																															
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej – w zależności od stopnia zwężenia:																																
a) z niewielką okresową dusznością, chrypką	5-10																															
b) świsł krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się – w zależności od nasilenia objawów	11-30																															

51. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-59
b) z bezgłosem	60
52. Uszkodzenia tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia niewydolności w czasie wysiłku fizycznego lub spoczynkowej	11-40
c) z niewydolnością oddechowo-krążeniową	41-60
53. Uszkodzenia przełyku powodujące:	
a) trwałe zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
b) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	6-20
c) znaczne zaburzenia drożności, trudności w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21-50
d) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich szyi: skóry, mięśni, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) niewielkiego stopnia (blizny skórne szpecące powyżej 5 cm, bez ograniczenia ruchomości szyi – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn)	1-5
b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	6-30
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
<b>Uwaga:</b> Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg poz. 87.	
<b>F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa</b>	
55. Urazy części miękkich klatki piersiowej i grzbietu – w zależności od utrzymujących się bólów, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, nieograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
b) z upośledzeniem oddychania miernego stopnia	6-15
c) z ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i niewydolnością oddechową średniego i znacznego stopnia	16-40
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
56. Utrata brodawki sutka u kobiet – w zależności od zniekształceń i blizn, częściowa lub całkowita	1-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie wg poz. 55) – w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
a) częściowa utrata sutka lub uszkodzenie	5-20
b) całkowita – w zależności od wieku kobiety	15-20
c) z częścią mięśnia piersiowego	25-30
<b>Uwaga:</b> Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.	
58. Uszkodzenia żeber (złamania itp.):	
a) bez zniekształcenia i zmniejszenia pojemności życiowej płuc (1-3 żebra)	1
b) bez zniekształcenia i zmniejszenia pojemności życiowej płuc (4 żebra lub więcej)	2
c) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	3-5
d) z obecnością zniekształceń i zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	6-40
59. Złamanie mostka:	
a) bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji klatki piersiowej	1-2
b) ze zniekształceniem lub/i zaburzeniami funkcji klatki piersiowej	3-10
60. Powikłania w postaci zapalenia kości (przetoki) żeber lub mostka ocenia się wg poz. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	1-15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) bez niewydolności oddechowej	1-5
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	6-40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropieniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-60
<b>Uwaga:</b> Przy orzekaniu według poz. 58, 61, 62 uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej potwierdzić badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego z wydolnym układem krążenia	5-15
b) z objawami względnej wydolności układu krążenia	16-30
c) z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	31-90
<b>Uwaga:</b> Stopień uszkodzenia serca oceniać należy w oparciu o badanie kliniczne USG i elektrokardiograficzne – EKG wysiłkowe.	
64. Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodów pokarmowych, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	1-5
b) z upośledzeniem funkcji układów – w zależności od stopnia upośledzenia	6-40
<b>G. Uszkodzenia brzucha i ich następstwa</b>	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej oraz okolicy lędźwiowej i krzyżowej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny o długości powyżej 5 cm itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące	1-5



b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	6-15
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
<b>Uwaga:</b> Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane za pourazowe.	
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci i krezki:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego lub z niewielkim jej upośledzeniem i dostatecznym stanem odżywiania	1-10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – możliwe jedynie żywienie pozajelitowe	41-50
67. Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30-80
b) jelita grubego	20-60
68. Uszkodzenia odbytu i/lub zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1-5
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
69. Uszkodzenie odbytnicy – w tym wypadanie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia:	
a) pełnościennne uszkodzenia bez zaburzeń funkcji	1-5
b) wypadanie odbytnicy	6-20
70. Uszkodzenie śledziony:	
a) uszkodzenie śledziony leczone operacyjnie bez usunięcia narządu	5
b) bez większych zmian w obrazie krwi	15
c) z trwałymi zmianami w obrazie krwi	20
71. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) z zaburzeniami funkcji miernego stopnia, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	5-15
b) znacznego stopnia	16-60
<b>H. Uszkodzenia narządów moczopłciowych</b>	
72. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
73. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	25
74. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30-75
75. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła z zaburzeniami funkcji – w zależności od stopnia zaburzeń	5-20
76. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych, wymagające leczenia operacyjnego	5-30
77. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego i cewki moczowej utrzymujące się po leczeniu operacyjnym – w zależności od stopnia stałego upośledzenia jakości życia	10-50
78. Zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
b) z przewlekłym nieżytem pęcherza i częstym moczeniem	16-30
c) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	15-40
d) z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i powikłaniami	41-60
79. Uszkodzenie lub utrata prącia:	
a) częściowa	5-30
b) całkowita	40
80. Utrata jednego jądra lub jajnika	20
81. Utrata obu jąder lub jajników	40
82. Wodniak jądra pourazowy	5
83. Utrata macicy pourazowa:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	20
84. Pourazowe uszkodzenie krocza, sromu, moszny, pośladków, w tym powodujące wypadnięcie narządów rodnych:	
a) rozległe blizny, ubytki tkanek, deformacje	1-5
b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	5-10
c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-30
<b>I. Ostre zatrucia i ich następstwa</b> (orzekać nie wcześniej jak po 6 miesiącach)	
85. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi drogą wziewną:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-5
b) powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	6-25
86. Nagłe zatrucia inne, powodujące uszkodzenie narządów mięszzowych i przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
<b>Uwaga:</b> Uszkodzenie układu nerwowego, spowodowane nagłym zatruciem, oceniać według odpowiednich pozycji dot. układu nerwowego.	

<b>J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa</b>	
87. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) bez ograniczenia ruchomości, bez trwałych zniekształceń kręgów / więzadłowe	1-2
b) z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów	3-10
c) z ograniczeniem ruchomości, ze zniekształceniem kręgów	11-39
d) z całkowitym zeszczywnieniem i z niekorzystnym ustawieniem głowy	40
88. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (th1-th11):	
a) z ograniczeniem ruchomości, bez zniekształceń kręgów – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
b) ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształceń i ograniczenia ruchomości	6-30
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (th12-L5) – w zależności od ograniczenia ruchomości i zniekształcenia kręgów:	
a) bez ograniczenia ruchomości, bez wyraźnych zniekształceń	1-2
b) z ograniczeniem ruchomości bez wyraźnych zniekształceń kręgów	2-5
c) mierne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie kręgów	6-10
d) średnie ograniczenie ruchomości i zniekształcenie kręgów	11-25
d) znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie kręgów	26-40
90. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych – w zależności od przemieszczeń i ich liczby i ograniczenia kręgosłupa	
	1-5
91. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg poz. 87-90, zwiększając stopień uszczerbku o	
	5-10
<b>Uwaga:</b> Niestabilność, kręgozmyk – w zależności od stopnia oceniać wg poz. 87-89. Uszkodzenie mięśni kręgosłupa oceniać wg stopnia ograniczenia ruchomości kręgosłupa na danym odcinku.	
92. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch łasek	60-99
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	30-59
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)	60-99
f) niedowład średniego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	30-59
g) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	5-29
h) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	5-30
i) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
93. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne	2-25
b) piersiowe	2-10
c) lędźwiowo-krzyżowe	2-25
d) guziczne	2-5
<b>K. Uszkodzenia miednicy</b>	
94. Utrwalone rozejście spojenia łonowego lub stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i chodu:	
a) niewielkiego stopnia	1-10
b) znacznego stopnia	11-35
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a) bez przemieszczenia i zaburzeń chodu	2
b) w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	3-15
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	15-40
96. Złamanie panewki stawu biodrowego, dachu stropu panewki, dna – w zależności od przemieszczeń zborności stawu, stopnia zwicznienia i zakresu ruchów:	
a) zwicznienie I – nieznaczne zmiany	1-10
b) zwicznienie II – wyraźne zmiany	11-20
c) zwicznienie III – duże zmiany	21-35
d) zwicznienie IV – bardzo duże zmiany	36-50
<b>Uwaga:</b> Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniać według maksymalnego procentu minus inwalidztwo stwierdzone przed założeniem sztucznego stawu.	
97. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	
	1-15
<b>Uwaga:</b> Towarzystwujące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	
<b>L. Uszkodzenia kończyny górnej</b>	
<b>Łopatką</b>	
Prawa / lewa	
98. Złamanie łopatki:	
a) bez zaburzeń funkcji kończyny	1
b) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem bez większych zaburzeń funkcji kończyny	2-8 / 2-4

c) wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny – w zależności od stopnia zaburzeń	9-20 / 5-15
d) wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym z dużym zanikiem mięśni i innymi zmianami	21-50 / 16-45
<b>Uwaga:</b> Normy poz. 98 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.	
<b>Obojczyk</b>	
99. Wadliwe wygojenie złamania obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów:	
a) bez zaburzeń funkcji kończyny	1
b) nieznaczne zmiany	2-5 / 2-4
c) średnie zmiany	6-10 / 5-8
c) znaczne zmiany	11-20 / 9-15
100. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny, zwiększając stopień inwalidztwa o	5 -15 / 3 -15
101. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia zdolności dźwigania i stopnia zniekształcenia:	
a) nieznaczne zmiany	1-5 / 1-4
b) średnie zmiany	6-10 / 5-8
c) znaczne zmiany	11-25 / 9-20
102. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych – ocenia się wg poz. 99-101, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
<b>Uwaga:</b> Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych – stosować ocenę wg pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia ograniczenia funkcji.	
103. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego – w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaniku mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości i ramiennej i innych zmian wtórnych:	
a) miernego stopnia	1-5 / 1-4
b) średniego stopnia	6-15 / 5-10
c) znacznego stopnia	16-20 / 11-15
d) dużego stopnia	21-30 / 16-25
104. Zestarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30 / 15-25
105. Nawykowe zwichnięcie potwierdzone rentgenem i zaświadczeniem lekarskim o kilkakrotnym zwichnięciu – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, dolegliwości bólowych	5-25 / 4-20
106. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	25-40 / 20-35
<b>Uwaga:</b> Staw wiotki z powodu porażań ocenia się według norm neurologicznych.	
107. Zesztywnienie stawu barkowego:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70 st., antepozycja 35 st. i rotacja zewnętrzna około 25 st.)	30 / 25
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40 / 35
108. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15 / 1-10
109. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg poz. 103-108, zwiększając stopień inwalidztwa – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	1-10 / 1-10
110. Utrata kończyny w barku	75 / 70
111. Utrata kończyny z łopatką	80 / 70
<b>Ramię</b>	
112. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym:	
a) bez zmian	1-2
b) niewielkie zmiany	3-8 / 2-6
c) średnie zmiany	9-15 / 7-10
d) duże zmiany	16-25 / 11-20
e) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55 / 25-50
113. Uszkodzenie mięśni, ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:	
a) zmiany małe i średnie	1-10 / 1-10
b) zmiany duże	11-25 / 11-20
114. Utrata kończyny w obrębie ramienia:	
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70 / 65
b) przy dłuższych kikutach	65 / 60
115. Przepukliny mięśniowe ramienia – w zależności od rozmiarów	1-4 / 1-4
<b>Staw łokciowy</b>	
116. Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promiennej – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów:	
a) bez zmian	1
b) niewielkie zmiany	2-5 / 2-4
c) średnie zmiany	6-15 / 5-10
d) duże zmiany	16-30 / 11-25
117. Zesztywnienie stawu łokciowego:	
a) w zgięciu do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25 / 20
b) z brakiem ruchów obrotowych	30 / 25

c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160-180 st.)	45 / 35
d) w innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowych kończyny	30-40 / 25-35
<b>118. Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:</b>	
a) przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-10 / 2-10
b) przy niemożliwości zgięcia do kąta prostego	11-30 / 11-25
<b>Uwaga:</b> Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego – oceniać według poz. 116-118.	
<b>119. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni</b>	15-30 / 10-25
<b>120. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się wg poz. 116-119, zwiększając stopień inwalidztwa o</b>	2-6 / 1-5
<b>Uwaga:</b> Pełny wyprost stawu łokciowego: 180 st., pełne zgięcie stawu łokciowego: 45 st.	
<b>Przedramię</b>	
<b>121. Złamanie w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:</b>	
a) bez zniekształceń i ograniczenia ruchomości nadgarstka	1
b) niewielkie zniekształcenia	2-5 / 2-4
c) średnie zniekształcenia	6-15 / 5-10
d) duże zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	16-30 / 11-25
<b>122. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:</b>	
a) bez zmian upośledzających funkcję kończyny	1
b) niewielkie zmiany	2-5 / 2-4
c) średnie zmiany	6-15 / 5-10
d) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16-35 / 11-30
<b>123. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):</b>	
a) niewielkie zmiany	1-5 / 1-4
b) średnie zmiany	6-10 / 5-8
c) znaczne zmiany	11-20 / 9-15
<b>124. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:</b>	
a) średniego stopnia	6-20 / 5-15
b) dużego stopnia	21-35 / 16-30
<b>125. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:</b>	
a) średniego stopnia	10-25 / 10-20
b) dużego stopnia	26-40 / 21-35
<b>126. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 121-125, zwiększając stopień inwalidztwa – w zależności od powikłań</b>	1-10 / 1-10
<b>127. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru i jego przydatności do oprotezowania</b>	55-65 / 50-60
<b>128. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego</b>	55 / 50
<b>Nadgarstek</b>	
<b>129. Uszkodzenie nadgarstka: skręcenie, zwinięcie, złamanie – w zależności od blizn, zniekształceń, rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:</b>	
a) bez zniekształceń i upośledzenia funkcji	1
b) niewielkiego stopnia	2-5 / 2-4
c) średniego stopnia	6-15 / 5-10
d) dużego stopnia z ustawieniem ręki częściowo niekorzystnym	16-30 / 11-25
<b>130. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:</b>	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-20 / 10-15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45 / 20-40
<b>131. Uszkodzenie nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 129-130, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań</b>	1-10 / 1-10
<b>132. Utrata ręki na poziomie nadgarstka</b>	55 / 50
<b>Śródreczę</b>	
<b>133. Uszkodzenie śródreczę, części miękkich (skóry, mięśni, nerwów), kości – w zależności od blizn, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:</b>	
a) bez zmian	1
b) niewielkie zmiany	2-5 / 2-4
c) średnie zmiany	6-10 / 5-8
d) duże zmiany	11-20 / 9-18
<b>Kciuk</b>	
<b>134. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:</b>	
a) częściowa utrata opuszki	4 / 3
b) utrata opuszki	6 / 5
c) utrata paliczka paznokciowego	12 / 10

d) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	20 / 18
e) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	25 / 20
f) utrata obu paliczków z kością śródreżca	30 / 25
135. Inne uszkodzenia kciuka: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	
a) złamanie bez zniekształceń i upośledzenia funkcji	1
b) niewielkie zmiany	2-4 / 2-3
c) średnie zmiany	5-12 / 4-10
d) znaczne zmiany	13-20 / 11-18
e) bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	21-25 / 19-20
f) rozległe zmiany, graniczące z utratą pierwszej kości śródreżca	26-30 / 21-25
<b>Uwaga:</b> Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.	
<b>Palec wskazujący</b>	
136. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa opuszki	1-4 / 1-3
b) utrata opuszki lub paliczka paznokciowego	5-7 / 4-6
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	8-10 / 7-9
d) utrata paliczka środkowego	14 / 12
e) utrata trzech paliczków	15-20 / 13-16
f) utrata wskaziciela z kością śródreżca	25 / 20
137. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp. – w zależności od stopnia:	
a) złamanie bez zniekształceń i upośledzenia funkcji	1
b) niewielkie zmiany	2-4 / 2-3
c) zmiany średniego stopnia	5-9 / 4-8
d) zmiany dużego stopnia	10-15 / 9-12
e) zmiany znacznego stopnia graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	16-20 / 13-16
<b>Palec trzeci, czwarty i piąty</b>	
138. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) utrata częściowa opuszki	1-3 / 1-2
b) utrata opuszki lub paliczka paznokciowego	3-5 / 2-4
c) utrata dwóch paliczków	8 / 7
d) utrata trzech paliczków	10 / 8
139. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12 / 10
<b>Uwaga:</b> Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaziciela – ocenia się podwójnie palec trzeci. Palec trzeci może zastąpić wskaziciela, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji ręki.	
140. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (blizny, uszkodzenia ścięgien, zeszywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp. – za każdy palec w zależności od stopnia):	
a) złamanie bez zniekształceń i upośledzenia funkcji	1
b) niewielkie zmiany	2-3 / 2
c) zmiany średniego stopnia	3-5 / 2-4
d) zmiany dużego stopnia	6-8 / 5-7
e) całkowita bezużyteczność	10 / 8
<b>Uwaga:</b> Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce nie mogą przekroczyć dla prawej ręki 55%, a dla lewej 50%.	
<b>M. Uszkodzenia kończyny dolnej</b>	
<b>Staw biodrowy</b>	
141. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości protezowania	75-85
142. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu więzadłowo -stawowego, mięśni, naczyń, nerwów, skóry – w zależności od stopnia ograniczenia ruchów:	
a) miernego stopnia	1-5
b) średniego stopnia	6-10
c) znacznego stopnia	11-25
143. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-60
144. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższej nasady kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkłętarzowych i podkłętarzowych, złamań krętarczy, urazowych złuszczeń głowy kości udowej itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych oraz dolegliwości subiektywnych:	
a) złamanie bez zniekształceń i upośledzenia funkcji	1-3
b) ze zmianami miernego stopnia	4-10
c) średniego stopnia	11-20

d) dużego stopnia	21-40
e) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	41-65
145. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. – ocenia się wg poz. 141-144, zwiększając stopień inwalidztwa – w zależności od rozmiarów powikłań	5-15
<b>Uwaga:</b> Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
<b>Udo</b>	
146. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) bez zmian	1-3
b) niewielkie zmiany	4-10
c) średnie zmiany lub skrócenia do 4-6 cm	11-30
d) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm	31-40
147. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony zrost kości – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
148. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) miernego stopnia	1-10
b) znacznego stopnia	11-20
149. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-30
150. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi – ocenia się wg poz. 146-149, zwiększając stopień inwalidztwa – w zależności od rozmiarów powikłań	1-10
151. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg poz. 146-149, zwiększając stopień inwalidztwa – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10-60
<b>Uwaga:</b> Łączny stopień inwalidztwa ocenianego wg poz. 146-149 i poz. 150 nie może przekroczyć 70%.	
152. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70
<b>Staw kolanowy</b>	
153. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a) bez zmian i zaburzeń funkcji kończyny	1
b) niewielkie zmiany	2-5
c) średnie zmiany	6-20
d) duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	21-40
154. Uszkodzenie aparatu więzadłowo-stawowego (torebki, więzadeł, łątek) – w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:	
a) niewielkie zmiany	1-5
b) średnie zmiany	6-25
c) duże zmiany	26-40
155. Inne uszkodzenia stawu kolanowego (blizny skóry, ciała obce) – w zależności od dolegliwości, obrzęków, przewlekłych stanów zapalnych, przetok i innych zmian wtórnych – w zależności od wydolności stawu:	
a) niewielkie zmiany	1-5
b) średnie zmiany	6-10
b) duże zmiany	11-20
156. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
<b>Uwaga:</b> Fizjologiczny zakres ruchów stawu kolanowego przyjmuje się w granicach 30-180 st.	
<b>Podudzie</b>	
157. Złamanie kości podudzia jednej lub obu – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) bez zmian	1-2
b) zmiany bardzo niewielkie lub skrócenie do 4 cm	3-10
c) znaczne zmiany lub skrócenie do 6 cm	11-25
d) bardzo rozległe zmiany, powikłane przewlekłym zapaleniem kości z przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi wtórnymi	26-50
158. Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1-5
159. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian naczyniowych, troficznych i innych:	
a) niewielkie i średnie zmiany	1-10
b) znaczne zmiany	11-20
160. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej (u dzieci do 10 lat przy długości kikuta do 6 cm)	60
b) przy dłuższych kikutach	40-55
<b>Staw goleniowo-skokowy i skokowo-piętowy</b>	
161. Uszkodzenie stawów goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego: wykręcenia, nadwichnięcia, zwichnięcia, złamania, stłuczenia i inne zranienia – w zależności od blizn, zniekształceń, ograniczeń ruchomości, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, obrzęków przewlekłych i utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia	1-5

b) średniego stopnia	6-10
c) dużego stopnia	11-20
d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	21-40
162. Zesztywnienie stawów goleniowo-skokowego lub skokowo-piętowego – w zależności od zniekształceń, ustawienia stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	21-30
c) w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	31-40
163. Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:	
a) bez zmian	1
b) niewielkie zmiany	2-5
c) średnie zmiany	6-20
d) duże zmiany z częściową utratą kości	21-30
164. Utrata kości skokowej lub piętowej – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
165. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniami, innymi zmianami wtórnymi:	
a) bez zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	1
b) miernego stopnia – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych	2-5
c) średniego stopnia	6-10
d) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami – w zależności od wielkości zaburzeń	11-20
166. Złamanie kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:	
a) bez zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	1
b) I lub V kości śródstopia	2-10
c) II, III i IV kości śródstopia	2-7
d) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	5-15
167. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg poz. 166, zwiększając stopień inwalidztwa – w zależności od stopnia powikłań	1-10
168. Inne uszkodzenia stopy – w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficzno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1-5
b) duże zmiany	6-15
169. Utrata stopy w całości	50
170. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
171. Utrata stopy w stawie Lisfranca	35
172. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta	20-30
<b>Palce stopy</b>	
173. Uszkodzenie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:	
a) złamanie bez upośledzenia funkcji	1
b) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-3
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	5
d) utrata całego palucha	10
174. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości uszkodzenia (części miękkich):	
a) niewielkie zmiany	1-5
b) duże zmiany	6-10
175. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	20
176. Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) złamanie bez upośledzenia funkcji	1
b) częściowa utrata, niewielkie zmiany	2
c) całkowita utrata, duże zmiany	3
177. Utrata palca V z kością śródstopia	10
178. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	4-8
179. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, łącznie	1-3
<b>Uwaga:</b> Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać według amputacji na wyższym poziomie.	
<b>N. Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych</b>	
180. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15
b) nerwu piersiowego długiego	7-15 / 5-10
c) nerwu pachowego	10-25 / 7-20
d) nerwu mięśniowo-skórnego	10-25 / 5-20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	10-35 / 5-30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-25 / 3-20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25 / 3-20

h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	2-10 / 1-7
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-30 / 5-25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-20 / 5-10
k) nerwu łokciowego	5-25 / 3-15
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20 / 5-15
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	20-40 / 15-35
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15
n) nerwu zasłonowego	5-20
o) nerwu udowego	5-25
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	5-15
r) nerwu sromowego wspólnego	3-20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wys. ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60
t) nerwu piszczelowego (normę w wys. ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40
u) nerwu strzałkowego	10-20
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-60
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10
<b>Uwaga:</b> Według poz. 180 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę wg poz. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.	

Warszawa, dnia 1 czerwca 2007 r.



**Amplico Life S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.**

Amplico Life Pienwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.,  
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy,  
XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KR5 0000028131; NIP 526-030-50-06;  
wysokość kapitału zakładowego: 11.000.000,00 złotych, wpłacony w całości.

**Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70**

© Amplico Life S.A., 2011

**MetLife Amplico**<sup>SM</sup>

**Amplico Life S.A.**

ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa

e-mail: [lfeinfo@metlifeamplico.pl](mailto:lfeinfo@metlifeamplico.pl)

[www.metlifeamplico.pl](http://www.metlifeamplico.pl)

# Warunki Ubezpieczenia „Świadczenia Assistance”



## Postanowienia ogólne § 1

- Niniejsze Warunki Ubezpieczenia „Świadczenia Assistance”, zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ramowej Ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwanym dalej „Ubezpieczycielem” a MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna, zwanym dalej „Ubezpieczającym”.
- Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek klientów Ubezpieczającego zdefiniowanych dalej jako „Ubezpieczeni” przystępujących do umowy ubezpieczenia „Świadczenia Assistance”.

## Definicje § 2

Pojęciom określonym w niniejszych WU nadaje się znaczenie określone poniżej.

- Amatorskie uprawianie sportów** – aktywność sportowa, której celem jest rekreacja i rozrywka.
- Centrum Pomocy** – Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający świadczeń assistance, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Podmiotu uprawnionego.
- Choroba przewlekła** – diagnozowany przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczony stale lub okresowo, lub będący przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
- Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, a także dziecko przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego (jeżeli nie żyje ojciec lub matka), w wieku do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
- Hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji określonego w opisie świadczeń i Tabeli nr 1 stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń.
- Lekarz Centrum Pomocy** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Pomocy i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Pomocy.
- Lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Ubezpieczonym z ramienia Placówki medycznej, w której Ubezpieczony poddał się leczeniu.
- Miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym przebywa Ubezpieczony.
- Miejsce zamieszkania** – adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Polski wskazany w dokumencie przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia na Życie MetLife.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia Ubezpieczonemu natychmiastowej pomocy medycznej, jednak niewymagający interwencji pogotowia ratunkowego.
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej, jednak niewymagający interwencji pogotowia ratunkowego.
- Osoba bliska** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym głównym w dniu wystąpienia Zdarzenia assistance we wspólnym gospodarstwie domowym w Miejscu zamieszkania, będąca dla Ubezpieczonego:
  - małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie,
  - Dzieckiem,
  - rodzicem, przysposabiającym, teściem, teściową, ojczymem, macochą,
  - dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową.
- Osoba niesamodzielna** – osoba bliska, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać

swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

- Placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot prowadzący działalność leczniczą, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodzienniej lub doróżnej opieki medycznej, leczenie lub wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za Placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Podmiot uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła Grupową Umowę Ubezpieczenia na Życie z MetLife.
- Rehabilitacja narządu ruchu** – obejmuje czynności, których celem jest utrzymanie, przywrócenie lub poprawa stanu narządu ruchu w zakresie układu kostno-mięśniowo-szkieletowego, tj. kręgosłupa, kończyn dolnych i górnych.
- Rodzic** – rodzice i teściowie Ubezpieczonego.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie.
- Szpital** – działający zgodnie z prawem podmiot prowadzący działalność leczniczą, udzielający świadczeń szpitalnych, przeznaczony dla chorych, wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych tego typu środków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka SPA.
- Śmierć Osoby bliskiej** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Osoba bliska – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – zmarła.
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Grupowego Ubezpieczenia na Życie z MetLife.
- Utrata pracy** – otrzymanie przez Ubezpieczonego oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych).
- Wypadek Osoby bliskiej** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Osoba bliska – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, skutkujące koniecznością uzyskania pomocy medycznej.
- Zakres terytorialny** – w odniesieniu zarówno do realizowanych świadczeń jak i miejsca wystąpienia Zdarzeń ubezpieczeniowych ubezpieczenie obejmuje wyłącznie terytorium Polski.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia, uprawniające do skorzystania z danego świadczenia – zgodnie z Tabelą nr 1 poniżej lub zgodnie z opisem świadczenia.

## Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

- Przedmiot ubezpieczenia stanowi organizacja lub organizacja i pokrycie kosztów usług assistance określonych w niniejszych WU, świadczonych na rzecz Ubezpieczonych za pośrednictwem Centrum Pomocy w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego określonego dla poszczególnych świadczeń wskazanych w Tabeli nr 1 poniżej, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia może wybrać jeden z trzech wariantów ochrony:
  - Wariant PODSTAWOWY,
  - Wariant ROZSZERZONY,
  - Wariant PEŁNY.
- Zakres Ubezpieczenia uzależniony jest od wariantu ubezpieczenia. Świadczenia oraz limity kosztów usług przysługujące Ubezpieczonemu w ramach wybranego wariantu określone są w Tabeli nr 1 poniżej.

Tabela nr 1 – Tabela świadczeń i limitów

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe / Warunek dodatkowy	Wariant PODSTAWOWY	Wariant ROZSZERZONY	Wariant PEŁNY
		Limit na zdarzenie ubezpieczeniowe / Limit zdarzeń w roku ubezpieczeniowym		
Wizyta lekarza i pielęgniarki	Nieszczęśliwy wypadek	1200 PLN	1200 PLN	1200 PLN
Rehabilitacja	Nagle zachorowanie / Nieszczęśliwy wypadek	1000 PLN	1000 PLN	1000 PLN
Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego		800 PLN	800 PLN	800 PLN
Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego		500 PLN	500 PLN	500 PLN
Transport do Placówki medycznej		1500 PLN	1500 PLN	1500 PLN
Transport pomiędzy Placówkami medycznymi		1500 PLN	1500 PLN	1500 PLN

Zakres produktu	Zdarzenie ubezpieczeniowe / Warunek dodatkowy	Wariant PODSTAWOWY	Wariant ROZSZERZONY	Wariant PEŁNY
		Limit na zdarzenie ubezpieczeniowe / Limit zdarzeń w roku ubezpieczeniowym		
Transport z Placówki medycznej		1500 PLN	1500 PLN	1500 PLN
Dostarczenie leków		500 PLN	500 PLN	500 PLN
Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	Nagle zachorowanie / Nieszczęśliwy wypadek	1000 PLN	1000 PLN	1000 PLN
Opieka nad zwierzętami*		800 PLN	800 PLN	800 PLN
Transport zwierząt*		800 PLN	800 PLN	800 PLN
Dostarczenie rzeczy osobistych do Szpitala		500 PLN	500 PLN	500 PLN
Opieka pielęgniarska i domowa po hospitalizacji		Nagle zachorowanie / Nieszczęśliwy wypadek Hospitalizacja trwająca powyżej 3 dni	800 PLN	800 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów przyjazdu członka rodziny Ubezpieczonego podczas jego hospitalizacji	Nagle zachorowanie / Nieszczęśliwy wypadek Hospitalizacja trwająca powyżej 3 dni Placówka medyczna, w której Ubezpieczony jest Hospitalizowany w Szpitalu znajdującym się poza miejscowością wskazaną w adresie Miejsca zamieszkania	500 PLN	500 PLN	500 PLN
Pobyt opiekuna prawnego w szpitalu	Nagle zachorowanie Dziecka / Nieszczęśliwy wypadek Dziecka	500 PLN	500 PLN	500 PLN
Pomoc psychologa	Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego / wypadek Osoby bliskiej / śmierć Osoby bliskiej / urodzenie martwego Dziecka	—	1000 PLN	1000 PLN
Wizyta położnej lub pielęgniarki	Urodzenie się dziecka / Jedna wizyta w roku ubezpieczeniowym	—	500 PLN / Jedna wizyta w roku ubezpieczeniowym	500 PLN / Jedna wizyta w roku ubezpieczeniowym
Transport na wizytę kontrolną	Nagle zachorowanie Rodzica / Nieszczęśliwy wypadek Rodzica / skutkujące Hospitalizacją trwającą powyżej 3 dni	—	Bez limitu / Maksymalnie jedno świadczenie w rocznym okresie ubezpieczenia	Bez limitu / Maksymalnie jedno świadczenie w rocznym okresie ubezpieczenia
Pomoc w przypadku utraty pracy z przyczyn dotyczących pracodawcy i pomoc psychologa	Utrata pracy	—	500 PLN	500 PLN
Infolinia medyczna	Wniosek Ubezpieczonego	—	Bez limitu	Bez limitu
Infolinia „Baby assistance”	Wniosek Ubezpieczonego	—	Bez limitu	Bez limitu
Pomoc w organizacji pogrzebu	Śmierć Osoby bliskiej	—	—	Bez limitu / Zgodnie z Regulaminem, koszt usługi ponosi Ubezpieczony
Towarzyszenie zwłokom		—	—	Bez limitu
Nocleg		—	—	Maksymalnie 2 doby
Infolinia pogrzebowa	Wniosek Uprawnionego	—	—	Bez limitu

4. Jeżeli koszt świadczeń wynikających z niniejszych WU przekroczy limit kosztów wskazany w Tabeli nr 1 powyżej, usługa assistance może zostać wykonana przez Centrum Pomocy, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem dla określonego świadczenia.

#### Zakres świadczeń § 4

W ramach świadczeń wymienionych w Tabeli nr 1 powyżej Ubezpieczyciel organizuje lub organizuje i pokrywa koszty poniższych usług (w zależności od opisu świadczeń) w wysokości nieprzekraczającej podanych w Tabeli nr 1 limitów właściwych dla wybranego wariantu.

##### 1. Wizyta lekarza i pielęgniarki

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty:

- 1) dojazdu i wizyty lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu Ubezpieczonego, a ponadto
- 2) dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu pobytu Ubezpieczonego (poza Placówką medyczną), w przypadku gdy w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga opieki pielęgniarskiej w miejscu swojego pobytu (poza Placówką medyczną) – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego; ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

##### 2. Rehabilitacja

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wymaga Rehabilitacji narządu ruchu – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

- 1) wizyt fizykoterapeuty w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej), albo
- 2) wizyt w najbliższej Miejsca pobytu Ubezpieczonego poradni rehabilitacyjnej.

##### 3. Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu tego sprzętu do miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

##### 4. Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (nie dotyczy pobytu w Placówce medycznej).

##### 5. Transport do Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniała konieczność przewiezienia Ubezpieczonego do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną z miejsca jego pobytu do odpowiedniej Placówki medycznej dostosowanej do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkami transportu. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy.

##### 6. Transport pomiędzy Placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony znalazł się w Placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jego zdrowia lub jest on skierowany na zabieg lub badania lekarskie do innej Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną pomiędzy Placówkami medycznymi. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie Lekarza prowadzącego, po konsultacji z Lekarzem Centrum Pomocy i odbywa się środkami transportu dostosowanymi do stanu zdrowia Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest jedynie skierowany na zabiegi lub badania do innej Placówki medycznej, świadczenie obejmuje również transport powrotny do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest leczony.

## 7. Transport z Placówki medycznej

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej i – zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego – wymaga transportu z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu Ubezpieczonego wraz z osobą przez niego wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego. O wyborze środka transportu decyduje Lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem Prowadzącym.

## 8. Dostarczenie leków

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonemu zostały zaordynowane leki przez Lekarza prowadzącego i – zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia) musi przebywać w domu, Centrum Pomocy zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia do Miejsca pobytu Ubezpieczonego (poza Placówką medyczną) leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Pomocy recepty niezbędnej do wykupienia leków oraz pokrycie kosztów zakupu ww. leków przez Ubezpieczonego.

## 9. Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a konieczne jest zapewnienie opieki Dzieciom lub Osobie niesamodzielną, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę.

Jeżeli po wyczerpaniu limitu wskazanego w Tabeli nr 1 będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Pomocy dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą Ubezpieczonego, w sytuacji, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania Dzieci lub Osób niesamodzielną.

## 10. Opieka nad zwierzętami\*

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty opieki nad Zwierzęciem domowym pozostającym w Miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymywania higieny. Jeżeli po upływie okresu wskazanego jako limit na zdarzenie będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Pomocy dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt na koszt Ubezpieczonego. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki. Świadczenie jest realizowane, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania Zwierząt domowych i okazał przedstawicielowi Centrum Pomocy aktualną książeczkę szczepień zwierzęcia, potwierdzającą wykonanie niezbędnych szczepień.

## 11. Transport zwierząt\*

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony jest Hospitalizowany, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Zwierząt domowych z Miejsca zamieszkania do:

- 1) miejsca zamieszkania na terytorium Polski osoby wskazanej przez Ubezpieczonego do sprawowania opieki nad Zwierzętami domowymi, w przypadku, gdy osoba wskazana przez Ubezpieczonego zadeklaruje sprawowanie opieki nad tymi zwierzętami

albo

- 2) najbliższego hotelu/pensjonatu dla zwierząt – przy czym świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów pobytu w hotelu/pensjonacie dla zwierząt, a do pokrycia ich zobowiązany jest Ubezpieczony.

Świadczenie jest realizowane, gdy w Miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a Ubezpieczony zapewnił dostęp do miejsca przebywania Zwierząt domowych i okazał przedstawicielowi Centrum Pomocy aktualną książeczkę szczepień zwierzęcia, potwierdzającą wykonanie niezbędnych szczepień.

\* Świadczenia wzajemnie się wykluczające

## 12. Dostarczenie rzeczy osobistych do Szpitala

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony trafił do Szpitala, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez Ubezpieczonego ww. przedmiotów przedstawicielowi Centrum Pomocy. Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów.

## 13. Opieka pielęgniarska i domowa po hospitalizacji

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego lub zaleceniem Lekarza Centrum Pomocy podjętym w oparciu o dokumentację medyczną po zakończeniu Hospitalizacji konieczne jest zapewnienie Ubezpieczonemu:

- 1) pomocy w Miejscu zamieszkania – Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, pod warunkiem, iż Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:
  - a) zakupu artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
  - b) codziennych porządków domowych,

- c) dostawa/przygotowanie posiłków,
- d) opieka nad Zwierzętami domowymi,
- e) podlewanie kwiatów,

- 2) opieki pielęgniarskiej w Miejscu zamieszkania – Centrum Pomocy zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia Ubezpieczonemu opieki medycznej i pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez Lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w miejscu pobytu Ubezpieczonego.

Ubezpieczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek środków spożywczych, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania pomocy domowej lub opieki pielęgniarskiej, a tym samym koszty te pokrywa Ubezpieczony.

## 14. Organizacja i pokrycie kosztów przyjazdu członka rodziny Ubezpieczonego podczas jego Hospitalizacji

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni w Szpitalu znajdującym się poza miejscowością wskazaną w adresie Miejsca zamieszkania, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpieczonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do Placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest Hospitalizowany oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski po zakończonej Hospitalizacji Ubezpieczonego. Transport odbywa się:

- 1) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
- 2) pociągiem I klasy lub autobusem,
- 3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin, (dotatkowo w odniesieniu do pkt. 2), 3) świadczenie obejmuje również transport taksówką do i z dworca/lotniska).

## 15. Pobyt opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka Ubezpieczonego

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko jest Hospitalizowane, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty:

- 1) pobytu razem z Dzieckiem jednego prawnego opiekuna Dziecka w szpitalu, w którym Dziecko jest Hospitalizowane, zgodnie z możliwościami i wymogami jakimi dysponuje szpital, albo
- 2) wyłącznie, jeżeli szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od Miejsca zamieszkania, pobytu jednego opiekuna prawnego Dziecka w hotelu najbliższym miejscu Hospitalizacji Dziecka – w przypadku, gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu.

## 16. Pomoc psychologa

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Lekarz prowadzący uzna za niezbędną i pisemnie zleci Ubezpieczonemu psychoterapię, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt u psychologa.

## 17. Wizyta położnej lub pielęgniarki

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dojazdu i honorarium położnej lub pielęgniarki do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w okresie jednego miesiąca od daty zakończenia hospitalizacji matki po porodzie. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem obejmuje:

- 1) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
- 2) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
- 3) porady w razie problemów z laktacją,
- 4) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
- 5) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

## 18. Transport na wizytę kontrolną Rodzica

Jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Rodzic był Hospitalizowany i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego przed upływem roku od daty zakończenia Hospitalizacji powinien udać się na wizytę kontrolną do Placówki medycznej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty transportu Rodzica na taką wizytę oraz transportu powrotnego do Miejsca zamieszkania, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, Rodzic nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Pomocy w porozumieniu z Lekarzem prowadzącym.

## 19. Pomoc w przypadku Utraty pracy z przyczyn dotyczących pracodawcy i pomoc psychologa

Jeśli Ubezpieczony Utraci pracę z przyczyn dotyczących pracodawcy, Centrum Pomocy:

- 1) udzieli Ubezpieczonemu drogą telefoniczną informacji na temat:
  - a) miejsc i terminów organizowanych szkoleń i kursów zawodowych,
  - b) kursów językowych prowadzonych w pobliżu Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego,
  - c) praw osób bezrobotnych,
- 2) prześle Ubezpieczonemu drogą elektroniczną materiał informacyjny w formie broszury zawierający informacje dotyczące:
  - a) najskuteczniejszych sposobów poszukiwania pracy,
  - b) przygotowania do rozmowy rekrutacyjnej,
  - c) zasad obowiązujących w czasie rozmowy kwalifikacyjnej,
  - d) najczęściej zadawanych pytań podczas rozmów rekrutacyjnych,
  - e) pytań jakie zadać pracodawcy w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat oferty pracy,
  - f) zasad tworzenia dokumentów aplikacyjnych,
- 3) zorganizuje i pokryje koszty pomocy psychologicznej, w sytuacji silnego stresu i depresji związanej z utratą pracy.

## 20. Infolinia medyczna

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na następujące tematy:

- 1) NATYCHMIASTOWA POMOC – stany wymagające natychmiastowej pomocy medycznej i zasady jej udzielania,
- 2) UKAŚZENIA – sposób postępowania w przypadkach ukąszeń,
- 3) JEDNOSTKI CHOROBY – jednostki chorobowe, w tym choroby rzadkie, typowo stosowane leczenie, nowoczesne metody leczenia dostępne na terytorium Polski,
- 4) ZACHOWANIA PROZDROWOTNE – diety (np. zalecane dla diabetyków, przy nadciśnieniu tętniczym, w schorzeniach dróg pokarmowych, bogatoresztkowych, cukrzycowych, ubogobiałkowych, bogatobiałkowych, niskokalorycznych, niskocholesterolowych, redukcyjnych), zdrowe odżywianie, aktywne spędzanie czasu wolnego, walka ze stresem, odpoczynek i sen,
- 5) PROFILAKTYKA – profilaktyka zachorowań na grype, profilaktyka antynikotynowa,
- 6) OPISY BADAŃ – wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań,
- 7) PRZYGOTOWANIE DO BADAŃ – sposoby przygotowania się do zabiegów i badań medycznych,
- 8) BADANIA KONTROLNE – niezbędne badania kontrolne dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 9) LEKI – leki oraz objawy niepożądane przy ich przyjmowaniu, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji; poziom refundacji leków,
- 10) ALTERNATYWNE METODY LECZENIA I RELAKSACJI – terapia ruchem, terapia zajęciowa, muzykoterapia, arteterapia itp. (informacje o metodzie, organizatorach, lokalizacji, cennikach),
- 11) UWARUNKOWANIA MEDYCZNE – uwarunkowania medyczne dotyczące poszczególnych schorzeń oraz promocja zdrowia,
- 12) GRUPY WSPARCIA – grupy wsparcia, telefony zaufania na terytorium Polski świadczące pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomania, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii,
- 13) PRZED PODRÓŻĄ – działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, tj. szczepienia, specyfika danego kraju lub regionu świata – w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia, zagrożenia epidemiologiczne.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM. Centrum Pomocy udzieli informacji na temat danych teleadresowych działających na terytorium Polski:

- 1) Placówek Medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum Pomocy,
- 2) placówek mających podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3) placówek diagnostycznych, odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych, placówek sanatoryjnych oraz placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Uniwersytetów Medycznych) znajdujących się na terytorium Polski i rekomendowanych przez Centrum Pomocy,
- 4) aptek znajdujących się na terytorium Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 5) placówek opieki społecznej i hospicjów,
- 6) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny.

## 21. Infolinia „Baby assistance”

Na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) objawy ciąży,
- 2) etapy rozwoju płodu,
- 3) badania prenatalne i kontrolne,
- 4) sposoby przygotowania się do badań medycznych,
- 5) zalecane i konieczne badania w okresie ciąży,
- 6) opisy/wyniki wykonanych badań,
- 7) zagrożenia związane z ciążą,
- 8) diety w trakcie ciąży i po porodzie,
- 9) leki, które można przyjmować w okresie ciąży i laktacji,
- 10) pielęgnacja w czasie ciąży i po porodzie,
- 11) przygotowanie się do porodu,
- 12) dane teled adresowe szkół rodzenia,
- 13) dane teled adresowe szpitali położniczych i ginekologicznych,
- 14) pielęgnacja po porodzie,
- 15) karmienie noworodka,
- 16) pielęgnacja noworodka,
- 17) sposoby tagodzenia kolek niemowlęcych,
- 18) obowiązkowe szczepienia dzieci,
- 19) obowiązkowe badania kontrolne,
- 20) opisy/wyniki wykonanych badań,
- 21) najczęstsze choroby wieku niemowlęcego,
- 22) leki, które można podać niemowlętom, możliwe interakcje z innymi lekami i działania niepożądane,
- 23) dane teled adresowe pediatrycznych placówek medycznych.

Ponadto w ramach świadczenia Centrum Pomocy zapewni Ubezpieczonemu możliwość TELEFONICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ Z LEKARZEM.

## 22. Pomoc w organizacji pogrzebu

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w stosunku do Osoby bliskiej, na wniosek Ubezpieczonego Centrum Pomocy zorganizuje, za pośrednictwem wyspecjalizowanych usługodawców, poniższe usługi związane z pogrzebem:

- 1) organizacja transportu zwłok,
- 2) organizacja ubrania ciała,
- 3) organizacja kremacji,
- 4) organizacja zakupu i dostarczenia trumny lub urny,
- 5) organizacja karawanu,
- 6) organizacja miejsca na cmentarzu,
- 7) organizacja duchownego lub osoby świeckiej, która poprowadzi ceremonię pochówku,
- 8) organizacja grabarza,
- 9) organizacja asysty,
- 10) organizacja zakupu i dostarczenia kwiatów i wieńców,
- 11) organizacja stypy.

## 23. Towarzystwo zwłokom

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty przejazdu Ubezpieczonego w celu towarzyszenia zwłokom Osoby bliskiej do miejsca pochówku na terytorium Polski, jeśli miejsce pochówku znajduje się powyżej 50 km od miejsca pobytu Ubezpieczonego.

## 24. Nocleg

W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania Ubezpieczonego (to jest wyłączenie noclegu z wliczonym śniadaniem) w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek:

- 1) w najbliższym miejscu zgonu Osoby bliskiej, w oczekiwaniu na załatwienie wszystkich niezbędnych formalności albo na transport zwłok,
- 2) w miejscowości pochówku Osoby bliskiej w oczekiwaniu na pochówek/pogrzeb.

## 25. Infolinia pogrzebowa

Na wniosek Ubezpieczonego, w związku ze śmiercią Osoby bliskiej, Centrum Pomocy udzieli drogą telefoniczną informacji na temat:

- 1) procedur postępowania i wydania karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci Osoby bliskiej,
- 2) terminów zgłoszenia faktu zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego,
- 3) dokumentów niezbędnych do wydania aktu zgonu,
- 4) ustalenia daty i miejsca pochówku,
- 5) ustaleń i umów z zakładem pogrzebowym,
- 6) dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy,
- 7) zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:
  - a) komu przysługuje,
  - b) wysokość zasiłku,
  - c) wymagane dokumenty,
  - d) przedawnienie roszczeń o jego wypłatę,
- 8) zasady savoir vivre dotyczące uroczystości pogrzebowych:
  - a) kogo i w jaki sposób powiadomić o śmierci,
  - b) jak należy postąpić, gdy nie można uczestniczyć w uroczystościach pogrzebowych,
  - c) właściwa postawa i strój,
  - d) kwiaty właściwe na okoliczność pogrzebu,
  - e) kogo zaprosić na stypę,
  - f) żałoba i czas jej trwania.

## Przystąpienie do ubezpieczenia

### § 5

1. Przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na podstawie oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

## Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

### § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela i okres ubezpieczenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło przystąpienie do umowy ubezpieczenia „Świadczenia assistance”.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w jednym ze wskazanych poniżej przypadków, w zależności od tego, który z nich nastąpi wcześniej:
  - 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
  - 2) z ostatnim dniem okresu, za który została uiszczona składka przez Ubezpieczającego,
  - 3) z ostatnim dniem miesiąca w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczonego w danym miesiącu.W przypadku określonym w punkcie 1) Ubezpieczyciel zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

## Oplaty i składki

### § 7

Składkę do Ubezpieczyciela uiszcza Ubezpieczający na zasadach określonych w Umowie Ramowej Ubezpieczenia.

## Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

### § 8

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:

- 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru,
  - 2) strajków, niepokojów społecznych, ataków terrorystycznych, wojen, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczenia w poruszaniu się wprowadzone decyzjami władz administracyjnych, mogące powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Ubezpieczyciela,
  - 3) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ubezpieczonego lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do Miejsca zamieszkania albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
2. W przypadku świadczeń wymagających zwolnienia służb medycznych udzielających pomocy medycznej Ubezpieczonemu, w związku z zaistnieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego, z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia Ubezpieczonego, udzielenie świadczenia wymaga wyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na powyższe w stosunku do Ubezpieczyciela i podmiotów działających w jego imieniu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia, w przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia przez Ubezpieczonego pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienia dokumentacji z leczenia.
3. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są zdarzenia będące następstwem:
- 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru, oraz działań wojennych, zamieszek, rozruchów, strajków, aktów terroru oraz działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,
  - 2) szkód powstałych na skutek znajdowania się przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu – jeżeli Ubezpieczony wiedział lub powinien był wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informację o wpływie leku na zdolności psychomotoryczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody,
  - 3) chorób psychicznych Ubezpieczonego,
  - 4) popełnienia samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
  - 5) uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej,
  - 6) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - 7) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
5. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe będące następstwem chorób przewlekłych.
6. Ochroną ubezpieczeniową nie jest objęta organizacja i pokrycie kosztów planowanego leczenia.
7. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek:
- 1) wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportu, przez co rozumie się regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach sportowych albo imprezach i obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu,
  - 2) Amatorskiego uprawiania sportów: powietrznych, motorowych, motorowodnych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego, lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi, tereny śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego.
8. Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez Ubezpieczonego do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Pomocy bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza Centrum Pomocy.
10. W ramach świadczenia Dostarczenie leków Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
11. W przypadku świadczenia Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego Centrum Pomocy nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.
12. Informacje udzielane w ramach infolinii mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

#### Zasady organizacji świadczeń § 9

1. W celu uzyskania świadczenia Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest zawiadomić o zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego

Centrum Pomocy w ciągu 48 godzin od jego zaistnienia lub niezwłocznie po ustaniu przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego/Ubezpieczonego dodatkowego lub osoby działającej w jego imieniu uniemożliwiających wcześniejsze zawiadomienie, telefonując pod numer telefonu **+48 22 575 94 17** i podając następujące dane:

- 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego,
  - 2) numer PESEL,
  - 3) adres Miejsca zamieszkania lub Miejsca pobytu,
  - 4) datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - 5) telefon kontaktowy,
  - 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia,
  - 7) inne informacje niezbędne Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest użyć dostępnych mu środków, aby ograniczyć zwiększenie się skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
  3. W przypadku niewykonania zobowiązania, o którym mowa w ust. 1 w terminie w nim zawartym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli niewykonanie tego obowiązku w terminie przyczyniło się do uniemożliwienia lub utrudnienia ustalenia okoliczności zdarzenia.
  4. Ubezpieczony zobowiązany jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Pomocy.
  5. W celu realizacji świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 19 Ubezpieczony zobowiązany jest w ciągu 30 dni licząc od daty Utraty pracy dostarczyć do Centrum Pomocy dokument potwierdzający fakt wypowiedzenia umowy o pracy.

#### Roszczenia regresowe § 10

1. Z dniem zapłaty świadczenia lub odszkodowania przechodzi na Ubezpieczyciela przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie od osoby trzeciej odpowiedzialnej za powstanie szkody, do wysokości wypłaconego przez Ubezpieczyciela świadczenia (roszczenie regresowe).
2. Jeżeli Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, Ubezpieczonemu przysługuje pierwszeństwo zaspokojenia roszczeń co do pozostałej części szkody przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
3. Nie przechodzą na Ubezpieczyciela roszczenia Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
4. Ubezpieczony powinien udzielać pomocy Ubezpieczycielowi przy dochodzeniu roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę, dostarczając niezbędne informacje i dokumenty.
5. W razie zrzeczenia się przez Ubezpieczonego praw przysługujących mu od osób trzecich z tytułu wyrządzonych szkód bez zgody Ubezpieczyciela, może ono odmówić wypłaty świadczenia odpowiednio w całości lub części, lub zażądać zwrotu wypłaconego świadczenia

#### Postępowanie reklamacyjne § 11

1. Postępowanie odnosi się do wszystkich reklamacji i zapytań zgłaszanych przez Ubezpieczonego, zwanych dalej łącznie „zgłoszeniem”, dotyczących działalności Ubezpieczyciela, wynikającej z niniejszych WU.
2. Zgłoszenia powinny zostać przesłane do Działu Jakości Ubezpieczyciela drogą:
  - 1) e-mailową na adres: **quality@ipa.com.pl**
  - 2) pocztową na adres: **Dział Jakości Inter Partner Assistance Polska S.A. ul. Chłodna 51 00-867 Warszawa**
3. Przesłane zgłoszenia powinny zawierać następujące dane:
  - 1) pełen adres korespondencyjny lub adres e-mail, na który należy skierować odpowiedź,
  - 2) wskazanie Umowy Ubezpieczenia,
  - 3) opis zgłaszanego problemu oraz przedmiot i okoliczności uzasadniające zgłoszenie,
  - 4) oczekiwane działania.
4. Jeżeli w procesie rozpatrywania zgłoszeń konieczne będzie uzyskanie dodatkowych informacji związanych ze zgłoszeniem, wnoszący zgłoszenie zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dane i informacje, o których dostarczenie wnosi Ubezpieczyciel w celu rozpatrzenia zgłoszenia.
5. Ubezpieczyciel poinformuje wnoszącego zgłoszenie e-mailem, na adres podany w e-mailu, lub drogą pocztową, na adres wskazany przez wnoszącego zgłoszenie, o rozpatrzeniu zgłoszenia w terminie 14 dni roboczych od daty jego otrzymania lub od daty otrzymania niezbędnych danych, informacji lub dokumentów, o które zwracał się do wnoszącego zgłoszenie. Przy czym, jeżeli do rozpatrzenia zgłoszenia wymagane jest uzyskanie dodatkowych wyjaśnień od osób trzecich, termin ten może ulec wydłużeniu do momentu uzyskania niezbędnych informacji.
6. Wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.