



Ubezpieczenia
Pocztowe

Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Multi Ochrona Życia”

obowiązujące od 1 listopada 2023 r.



Spis treści

Postanowienia ogólne	5
Definicje	5
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	8
Umowa	8
Zawarcie Umowy	8
Początek i koniec odpowiedzialności	8
Pakiety dodatkowe	9
Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	9
Składka	10
Suma ubezpieczenia	10
Partner życiowy	10
Wypłata świadczenia	10
Uprawniony	11
Rozwiązanie Umowy	11
Zdarzenia ubezpieczeniowe	11
Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	11
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego	11
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej	12
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu	12
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości	12
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów	13
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna	13
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń	13
Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie	13
Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu	14
Całkowite osierocenie dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub osierocenie dziecka	14
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	15
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej	15
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu	16
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości	17
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów	17
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna	18
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń	19
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie	20
Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	20
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	21
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	22
Urodzenie się dziecka	23
Urodzenie się dziecka martwego	23
Śmierć małżonka albo partnera życiowego	24
Śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku	24
Śmierć rodzica lub teścia	24
Niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku	25

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla.....	25
Pobył dziecka w szpitalu.....	25
Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	26
Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	27
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego.....	27
Poważne zachorowanie dziecka	28
Śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego.....	29
Śmierć rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku.....	29
Śmierć dziecka	30
Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	30
Urodzenie się wnuka	30
Ubezpieczenie na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.....	31
Assistance medyczny	31
Pobył małżonka albo partnera życiowego w szpitalu	36
Leczenie specjalistyczne	37
Inwalidztwo małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku	37
Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną	38
Reklamacje i spory.....	38
Postanowienia końcowe	38
Załącznik nr 1 – Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	40
Załącznik nr 2 – Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu	46
Załącznik nr 3 – Tabela operacji chirurgicznych	49
Załącznik nr 4 – Tabela wad wrodzonych.....	59
Załącznik nr 5 – Tabela trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego.....	61
Załącznik nr 6 – Katalog poważnych zachorowań	63
Załącznik nr 7 – Katalog poważnych zachorowań dziecka	66

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MULTI OCHRONA ŻYCIA”
OWU_MO_GO_10_2023

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2, § 3 ust. 2, § 5 ust. 2–4, § 6 ust. 2–16, § 7 ust. 1–6, § 11 ust. 2–4, § 12 ust. 1–10, § 13 ust. 2–5, § 16 ust. 2–3, § 17 ust. 2–3, § 18 ust. 2–3, § 19 ust. 2–3, § 20 ust. 2–3, § 21 ust. 2–3, § 22 ust. 2–3, § 23 ust. 2–3, § 24 ust. 2–3, § 25 ust. 2–3, ust. 5–6, § 26 ust. 2–4, ust. 6, § 27 ust. 2–5, ust. 7–11, § 28 ust. 2–5, ust. 7–11, § 29 ust. 2–5, ust. 7–11, § 30 ust. 2–5, ust. 7–11, § 31, ust. 2–5, ust. 7–11, § 32 ust. 2–5, ust. 7–11, § 33 ust. 2–5, ust. 7–11, § 34 ust. 2–5, ust. 7–11, § 35 ust. 2–5, ust. 7–10, ust. 12, § 36 ust. 2–15, ust. 17, § 37 ust. 2–8, ust. 11, § 38 ust. 2–5, § 39 ust. 2–5, § 40 ust. 2–4, § 41 ust. 2–3, § 42 ust. 2–8, § 43 ust. 2–3, § 44 ust. 2–3, § 45 ust. 2–8, § 46 ust. 2–5, ust. 7–11, § 47 ust. 2–6, ust. 9, ust. 11–12, § 48 ust. 2–8, ust. 11, § 49 ust. 2–7, ust. 9, § 50 ust. 2–3, § 51 ust. 2–7, § 52 ust. 2–4, § 53 ust. 2–3, § 54 ust. 2–5, § 55 ust. 2–12, ust. 16, § 56 ust. 2–7, ust. 10–14, § 57, ust. 2–8, § 58 ust. 2–4, ust. 7–10, § 59, ust. 2–5, ust. 7–8, § 60 ust. 2–5, § 62 ust. 4

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia

§ 2, § 3 ust. 2, § 5 ust. 2–5, ust. 8, § 6, ust. 2–16, § 7 ust. 2–6, § 8, § 11 ust. 2–4, § 12 ust. 2–3, § 13 ust. 6, § 16 ust. 3–4, § 17, ust. 3–4, § 18 ust. 3–4, § 19 ust. 3–4, § 20, ust. 3–4, § 21 ust. 3–4, § 22 ust. 3–4, § 23, ust. 3–4, § 24 ust. 3–4, § 25 ust. 3–6, § 26, ust. 5–6, § 27 ust. 3–5, ust. 7–12, § 28, ust. 3–5, ust. 7–12, § 29 ust. 3–5, ust. 7–12, § 30 ust. 3–5, ust. 7–12, § 31 ust. 3–5, ust. 7–12, § 32 ust. 3–5, ust. 7–12, § 33, ust. 3–5, ust. 7–12, § 34 ust. 3–5, ust. 7–12, § 35 ust. 3–5, ust. 7–12, § 36 ust. 4, ust. 8–16, ust. 18, § 37 ust. 3–5, ust. 7–11, § 38 ust. 4–5, § 39 ust. 4, ust. 6, § 40 ust. 4 – 5, § 41, ust. 3–4, § 42 ust. 4–9, § 43 ust. 3–4, § 44, ust. 3–4, § 45 ust. 4, ust. 6–9, § 46 ust. 3–5, ust. 7–12, § 47 ust. 5–12, § 48 ust. 3–5, ust. 7–11, § 49 ust. 4, ust. 6–9, § 50 ust. 3–4, § 51 ust. 3–8, § 52 ust. 4–5, § 53 ust. 3–4, § 54 ust. 4–5, § 55 ust. 3–8, ust. 13–16, § 56, ust. 4–9, § 57 ust. 4, ust. 6–9, § 58 ust. 3–10, § 59 ust. 3–5, ust. 7–9, § 60 ust. 4–6, § 62, ust. 4

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Multi Ochrona Życia”, zwane dalej **OWU**, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie zawieranych pomiędzy Poczтовым Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną, zwanym dalej **Towarzystwem**, a **Ubezpieczającym**.

Definicje

§ 2

Użyte w OWU określenia oznaczają:

- 1) **abłacja** – zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, mający na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca lub przy użyciu niskiej temperatury (krioabłacja punktowa lub balonowa) w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
- 2) **akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;
- 3) **akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;
- 4) **całkowite osierocenie dziecka** – osierocenie dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Ubezpieczony był jedynym żyjącym rodzicem dziecka lub jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku śmierć ponieśli oboje rodzice dziecka Ubezpieczonego;
- 5) **Centrum Alarmowe** – Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000034499, NIP: 525-10-32-299, Regon: 011827515, jako podmiot współpracujący z Towarzystwem w zakresie realizacji świadczeń w ramach assistance medycznego;
- 6) **chemioterapia** – metoda leczenia nowotworu złośliwego z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC;
- 7) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego (czynnika chorobotwórczego), prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 8) **choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 6 miesięcy. Diagnoza lub rokowania muszą być postawione przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą. Za dzień wystąpienia choroby śmiertelnej uważa się dzień diagnozy lub rokowań;
- 9) **ciągłość ochrony ubezpieczeniowej** – oznacza okres ubezpieczenia z tytułu poprzedniej Umowy, który zakończył się nie później niż 1 miesiąc przed rozpoczęciem udzielania ochrony względem danego Ubezpieczonego z tytułu niniejszej Umowy;
- 10) **diagnostyka** – postępowanie medyczne, na które składają się: wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe służące ustaleniu rozpoznania choroby lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie choroby;
- 11) **dializoterapia** – metoda leczenia ostrej i krącowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
- 12) **dziecko** – dziecko biologiczne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku gdy kontynuuje naukę – nie ukończyło 25 roku życia;
- 13) **dzień roboczy** – dni od poniedziałku do piątku, które nie są dniami ustawowo wolnymi od pracy;
- 14) **gospodarstwo rolne** – obszar gruntów sklasyfikowanych w ewidencji gruntów i budynków jako użytki rolne lub jako grunty zadrzewione i zakrzewione na użytkach rolnych, o łącznej powierzchni przekraczającej 1 ha lub 1 ha przeliczeniowy, z wyjątkiem gruntów zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej innej niż działalność rolnicza, a także obszar takich gruntów, niezależnie od powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych;
- 15) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 16) **karencja** – okres, w którym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zaistniałe zdarzenia ubezpieczeniowe, z wyłączeniem zdarzeń związanych z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 17) **leczenie specjalistyczne** – jedna z wymienionych i zdefiniowanych w niniejszych OWU metod leczenia zastosowanych po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia;
- 18) **leczenie szpitalne** – udzielane w szpitalu świadczenia zdrowotne, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; za leczenie szpitalne nie uznaje się świadczeń paliatywnych, hospicyjnych, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrawiskowego;
- 19) **lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem polskim, wskazana przez Centrum Alarmowe w celu sporządzenia drugiej krajowej opinii medycznej;
- 20) **lekarz specjalista** – lekarz medycyny, który uzyskał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny i posiada aktualne uprawnienia do wykonywania zawodu w Polsce;
- 21) **macocha** – żona ojca Ubezpieczonego lub żona ojca małżonka albo partnera życiowego, niebędąca matką odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu małżonka albo partnera życiowego, niebędąca matką odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 22) **małżonek** – osoba pozostająca w chwili zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w związku małżeńskim z Ubezpieczonym, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, nieobjęta orzeczeniem o separacji;
- 23) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca bądź udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
- 24) **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego:
 - a) mycia się,
 - b) ubierania się,
 - c) jedzenia,
 - d) toalety,
 - e) przemieszczania w obrębie domu,potwierdzona wydaniem przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia lub prawomocnego wyroku sądu, lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, lub decyzji komisji lekarskiej powołanej przez Towarzystwo, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, niedająca pozytywnych rokowań co do odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji;
- 25) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych. Nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:
 - a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,

- c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
- d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;
- 26) **nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** (in situ) – nowotwór złośliwy rozpoznany we wczesnej postaci, bez cech przekraczania błony podstawowej, która jest ograniczeniem dla szerzenia się komórek nowotworowych przez krew i układ chłonny. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie taki nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, który został zakwalifikowany według ICD-10:
- a) D00 – rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
- b) D01 – rak in situ innych i nieokreślonych części narządów trawiennych,
- c) D02 – rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
- d) D05 – rak in situ sutka,
- e) D06 – rak in situ szyjki macicy,
- f) D07 – rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
- g) D09 – rak in situ innych i nieokreślonych umiejscowień;
- 27) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (Oddział Intensywnej Terapii) – wyodrębniony oddział szpitalny, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, wyposażony w sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych oraz podjęcie czynności zastępczych w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju. W rozumieniu niniejszej definicji za OIOM uznaje się również wydzielone sale intensywnej nadzoru medycznego funkcjonujące w ramach innych oddziałów szpitalnych;
- 28) **ojczym** – mąż matki Ubezpieczonego lub mąż matki małżonka albo partnera życiowego, niebędący ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego bądź wdowiec po matce małżonka albo partnera życiowego, niebędący ojcem odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 29) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
- 30) **operacja chirurgiczna** – jeden z zabiegów chirurgicznych na narządach i tkankach ciała wymienionych w załączniku nr 3, mający na celu poprawę stanu zdrowia chorego, przeprowadzony przez lekarza o specjalności zabiegowej, wykonywany w placówce medycznej na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii lub na terytorium Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanu;
- 31) **osierocenie dziecka** – śmierć Ubezpieczonego, jeżeli w chwili swojej śmierci miał on co najmniej jedno dziecko;
- 32) **osoba bliska** – osoba będąca małżonkiem albo partnerem życiowym, rodzicem lub teściem, dzieckiem lub wnukiem Ubezpieczonego;
- 33) **ośrodek referencyjny** – podmiot lub wyodrębniona z jego struktury jednostka wskazana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, które uzyskały akredytację w zakresie przedmiotu referencyjności na podstawie przepisów ustawy o systemie oceny zgodności lub akredytację Światowej Organizacji Zdrowia lub Europejskiego Centrum do spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób;
- 34) **pakiet dodatkowy** – określony przez Towarzystwo dodatkowy zakres ochrony;
- 35) **partner życiowy** – osoba wskazana imiennie we wniosku lub w wniosku, pozostająca z Ubezpieczonym w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego we wspólnym pożyciu. Partner życiowy i Ubezpieczony nie mogą być ze sobą spokrewnieni w linii prostej lub bocznej do drugiego stopnia włącznie, ani pozostawać w związku małżeńskim lub we wspólnym pożyciu z inną osobą. Ubezpieczony ma prawo zmienić wskazanie partnera życiowego po upływie 24 miesięcy, licząc od dnia poprzedniego wskazania, składając Towarzystwu stosowne oświadczenie;
- 36) **pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które ukończyło 18. rok życia;
- 37) **pobyt w szpitalu** – pobyt w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 2 dni, a jeżeli był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – dłużej niż 1 dzień; okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala; do okresu pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu przebywania na przepustkach;
- 38) **pogryzienie przez zwierzęta przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek, który powstał na skutek zranienia zębami przez zwierzęta gospodarskie podczas codziennej obsługi tych zwierząt i spowodował obrażenia lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego rolnika;
- 39) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy i jej warunki;
- 40) **poprzednia umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, indywidualnego ubezpieczenia na życie, poprzedni wariant ochrony lub poprzedni pakiet dodatkowy w ramach aktualnej Umowy;
- 41) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne, na które składają się wywiad chorobowy, fizykalne badanie pacjenta oraz badania dodatkowe służące rozpoznaniu choroby lub postępowanie medyczne mające na celu leczenie choroby;
- 42) **poszukujący ochrony ubezpieczeniowej** – osoba, która wyraziła wolę podjęcia czynności służących zawarciu przez nią Umowy z dystrybutorem ubezpieczeń;
- 43) **poturbowanie przez zwierzęta przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek, który powstał na skutek fizycznego kontaktu (zetrknięcia się) ubezpieczonego rolnika ze zwierzętami gospodarskimi podczas codziennej obsługi tych zwierząt powodujący obrażenia lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego rolnika;
- 44) **pożar** – działanie ognia, który przedostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
- 45) **przejechanie lub uderzenie przez środek transportu w ruchu przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek spowodowany przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, który to wypadek nastąpił podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności i do którego doszło podczas obsługi i eksploatacji maszyn oraz urządzeń rolniczych, transportu zwierząt, płodów rolnych i środków produkcji, powodujący śmierć lub trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego rolnika;
- 46) **radioterapia** – metoda leczenia stosowana w onkologii polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych;
- 47) **rekonwalescencja** – okres pobytu Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wystawionym przez szpital bezpośrednio po pobycie w szpitalu, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia; do okresu rekonwalescencji nie wlicza się okresu zwolnienia lekarskiego obejmującego pobyt w szpitalu;
- 48) **roczny okres ubezpieczenia (rocznica Umowy)** – ostatni dzień okresu kolejnych 12 miesięcy kalendarzowych rozpoczynający się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca;
- 49) **rodzic** – ojciec albo matka Ubezpieczonego, a także odpowiednio macocha albo ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Ubezpieczonego;
- 50) **rolnik** – osoba fizyczna zgodnie ze znaczeniem nadanym w ustawie o ubezpieczeniach obywatelskich;
- 51) **składka** – kwota, do której odpłacania zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 52) **sporty lub aktywności fizyczne wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotniarstwo, motolotnictwo, a także narciarstwo oraz snowboard, wówczas gdy są uprawiane poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 m, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting, hydrospeed, sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach, chwytach lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarsstwo morskie lub transoceaniczne;
- 53) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny niezbędny do rehabilitacji sprzęt, który ułatwia lub umożliwia Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie;

- 54) **stan nietrzeźwości** – zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 55) **stan po użyciu alkoholu** – zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 56) **statek wodny** – pasażerski albo towarowy statek morski, statek śródlądowy, który ma napęd silnikowy lub żaglowy; w rozumieniu niniejszych OWU statkiem nie jest okręt wojenny;
- 57) **suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą do wyliczenia wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wskazana dla wybranego wariantu ubezpieczenia i potwierdzona we wnioskopolisie lub polisie;
- 58) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego udzielające całodobowych świadczeń zdrowotnych, które nie mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, przy pomocy personelu posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki i lekarza, prowadzące dla każdego pacjenta dokumentację medyczną, z wyłączeniem:
- szpitali uzdrowiskowych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych,
 - ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień,
 - hospicjów, domów opieki, ośrodków opieki paliatywnej, ośrodków wypoczynkowych;
- 59) **środek transportu** – maszyny, urządzenia służące do przemieszczania ładunków, wykorzystywanych w obsłudze gospodarstwa rolnego i osób obsługujących to gospodarstwo. Za środki transportu uważa się pojazdy samochodowe, urządzenia transportowe: wózki widłowe i przenośniki;
- 60) **terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia stwardnienia rozsianego albo przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
- 61) **teść** – ojciec albo matka małżonka albo partnera życiowego, a także odpowiednio ojczym bądź macocha małżonka albo partnera życiowego, jeżeli nie żyje ojciec bądź matka małżonka albo partnera życiowego;
- 62) **trwałe inwalidztwo** – uszkodzenie ciała małżonka albo partnera życiowego, polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem; definicja obejmuje jedynie przypadki określone w tabeli stanowiącej załącznik nr 7 do OWU;
- 63) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji; definicja obejmuje jedynie przypadki określone w tabeli uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku stanowiącej załącznik nr 1 do OWU;
- 64) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę z Towarzystwem i jest zobowiązana do zapłaty składki;
- 65) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; Ubezpieczonym może być jedynie Ubezpieczający;
- 66) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).
- Za udar mózgu w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 67) **uderzenie pioruna** – wyładowanie atmosferyczne, które zadziało bezpośrednio na tkanki organizmu ubezpieczonego rolnika powodujące obrażenia lub uszkodzenia ciała;
- 68) **uderzenie przez części ruchome maszyn i urządzeń przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek spowodowany uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń zaistniały podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności, do którego doszło podczas pozyskiwania i obróbki drewna, obsługi i eksploatacji maszyn i urządzeń rolniczych, remontu i napraw maszyn rolniczych oraz konserwacji, remontu, budowy i rozbiórki obiektów budowlanych, powodujący śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego rolnika;
- 69) **Umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 70) **upadek przedmiotów przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek spowodowany upadkiem przedmiotów, do którego doszło podczas obsługi i eksploatacji maszyn i urządzeń rolniczych, pozyskiwania i obróbki drewna, remontów i napraw maszyn i urządzeń rolniczych oraz ręcznych prac transportowych, powodujący śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego rolnika;
- 71) **upadek z wysokości przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek spowodowany upadkiem z wysokości powyżej 3 m, który nastąpił podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności, powodujący śmierć lub trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego rolnika;
- 72) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
- 73) **uprawniony** – Uposażony lub osoba wskazana w § 13 ust. 5;
- 74) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka żywego, o ile urodzenie nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży. Na równi z urodzeniem dziecka traktowane jest przysposobienie (adopcja) dziecka;
- 75) **urodzenie się martwego dziecka** – zgon płodu następujący przed całkowitym wydalaniem lub wydobyciem z ustroju matki, o ile nastąpił po upływie 22. tygodnia ciąży;
- 76) **urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną** – urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka żywego, o ile urodzenie nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży, w którym córka lub syn Ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia;
- 77) **urodzenie się wnuka** – urodzenie się córce lub synowi Ubezpieczonego żywego dziecka w okresie ubezpieczenia potwierdzone aktem urodzenia, w którym córka lub syn Ubezpieczonego wymieniony jest jako rodzic tego dziecka, albo przysposobienie dziecka przez córkę lub syna Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia;
- 78) **wariant ubezpieczenia** – określony przez Towarzystwo i wskazany we wnioskopolisie lub polisie zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący dane zdarzenia ubezpieczeniowe, wybierany przez Ubezpieczającego;
- 79) **wniosek** – papierowy formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający po wprowadzeniu wymaganych informacji składa oświadczenie woli zawarcia Umowy;
- 80) **wnioskopolisa** – elektroniczny formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający po wprowadzeniu wymaganych informacji, po złożeniu podpisu przez Ubezpieczającego, i przedstawiciela Towarzystwa potwierdza zawarcie Umowy i akceptuje jej warunki;
- 81) **wskazany lekarz** – lekarz wskazany przez Towarzystwo;
- 82) **wszczepienie kardiowertera-defibrylatora** – umieszczenie w organizmie Ubezpieczonego, który ma poważne zaburzenia rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizody nagłego zatrzymania krążenia, urządzenia elektronicznego wyposażonego w funkcję detekcyjną, defibrylacyjną lub stymulacyjną;
- 83) **wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika, kardiostymulatora)** – umieszczenie w organizmie Ubezpieczonego urządzenia elektronicznego pobudzającego czynność elektryczną serca za pomocą prądu elektrycznego;
- 84) **wybuch gazu** – gwałtowne wydzielanie dużej ilości energii spowodowane spalaniem gazu, któremu towarzyszy nagły wzrost temperatury i ciśnienia oraz fala dźwiękowa;
- 85) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz

treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;

- 86) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako pieszy lub kierowca bądź pasażer środka lokomocji i uległ temu wypadkowi w związku z ruchem:
- lądowym pojazdów na drodze (w tym tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym Ubezpieczony brał udział jako uczestnik ruchu bądź kierowca w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym,
 - wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym Ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer,
 - lotniczym statków powietrznych, w którym Ubezpieczony brał udział jako członek załogi lub pasażer;
- 87) **wypadek przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności:
- na terenie gospodarstwa rolnego, które ubezpieczony rolnik prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa domowego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym lub
 - w drodze ubezpieczonego rolnika z mieszkania do gospodarstwa rolnego albo w drodze powrotnej, lub
 - podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej lub w związku z wykonywaniem tych czynności, lub
 - w drodze do miejsca wykonywania czynności, o których mowa w lit. c albo w drodze powrotnej;
- 88) **wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie w okresie odpowiedzialności u Ubezpieczonego, małżonka albo partnera życiowego lub dziecka poważnego zachorowania wymienionego we właściwym katalogu poważnych zachorowań, które są załącznikiem do OWU;
- 89) **zatrucie tlenkiem węgla** – zatrucie spowodowane przez wdychanie tlenku węgla;
- 90) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z następujących klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia serca,
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji;
- 91) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego oraz każde inne zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy;
- 92) **zwierzęta gospodarskie** – zwierzęta chowane w gospodarstwie rolnym w celu uzyskania produkcji towarowej lub siły pociągowej, lub wykorzystywane jako materiał reprodukcyjny, zgodnie ze znaczeniem nadanym w polskim ustawodawstwie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- W ramach Umowy Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia lub pakietów dodatkowych.

Umowa

§ 4

- Umowa jest zawierana na okres 12 miesięcy, liczony od pierwszego dnia kalendarzowego danego miesiąca, a kończący się ostatniego dnia

miesiąca swą nazwą odpowiadającemu miesiącu poprzedzającemu miesiąc rozpoczęcia Umowy. Czas trwania wskazany jest w Umowie.

- Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, Umowa ulega przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy, liczonych w sposób, o którym mowa w ust. 1, o ile żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy.
- Oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy musi zostać złożone najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta.
- Zasada, o której mowa w ust. 2 i 3, ma zastosowanie do kolejnych 12-miesięcznych okresów obowiązywania Umowy.
- Ubezpieczającemu, niezależnie od powyższych postanowień, przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy w każdej chwili ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Zawarcie Umowy

§ 5

- Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu OWU oraz dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Ubezpieczonym może zostać osoba, która w dniu zawarcia Umowy:
 - ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 80. roku życia;
 - nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, na rekonwalescencji, nie podlega opiece paliatywnej;
 - nie ma orzeczonej całkowitej bądź częściowej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
- Ubezpieczony, który ukończył 18. rok życia i nie ukończył 60. roku życia może zawrzeć Umowę w zakresie ubezpieczenia określonym w § 16 – 60.
- Ubezpieczony, który ukończył 60. rok życia i nie ukończył 80. roku życia, może zawrzeć Umowę w zakresie ubezpieczenia określonym w § 16–24, § 27 – 34, § 36, § 40 – 41, § 43 – 44, § 47, § 50, § 54, § 59.
- Umowy nie może zawrzeć osoba, która wykonuje jeden z poniżej wymienionych zawodów lub jedną z poniższych czynności: agent ochrony postępujący się bronią, artysta cyrkowy, bokser, cieśla, dekarz, drwal, dżokej, elektryk pracujący przy napięciach powyżej 1 kV, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego Policji, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, kaskader, kierowca wyścigowy lub rajdowy, kominiarz, korespondent wojenny, marynarz, operator spychacza lub koparki, pilot lub personel latający lotów innych niż rejsowe, pirotechnik, pracownik platformy wiertniczej, pracownik tartaku, ratownik górski lub morski, rybak, spadochroniarz, spawacz lub monter konstrukcji, a także osoba wykonująca zawód związany z wykonywaniem prac pod wodą, pod ziemią, na wysokościach powyżej 10 m, jak również zatrudniona przy wydobywaniu i przetwórstwie kruszywa oraz rozbiórkach budynków.
- Towarzystwo ma prawo odmówić zawarcia Umowy.
- Do zawarcia Umowy dochodzi:
 - po złożeniu przez Ubezpieczającego i przedstawiciela Towarzystwa podpisu na wnioskopolisie bądź
 - po akceptacji wniosku przez Towarzystwo, a następnie wystawieniu polisy.
- Na rzecz jednego Ubezpieczonego może zostać zawarta wyłącznie jedna Umowa.

Początek i koniec odpowiedzialności

§ 6

- Z zastrzeżeniem ust. 2 - 3 odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się pierwszego dnia kalendarzowego miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Towarzystwo otrzymało wnioskopolisę lub wystawiło polisę, o ile zapłacono pierwszą składkę zgodnie z postanowieniem § 9 ust. 3.
- W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu

- ubezpieczenia ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
3. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego choroby śmiertelnej Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu choroby śmiertelnej: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu Umowy (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - 1) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy;
 - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, za który Towarzystwo nie otrzymało należnej składki, pod warunkiem wezwania Ubezpieczającego przez Towarzystwo do zapłaty zgodnie z § 9 ust. 10, ale nie wcześniej niż z upływem dodatkowego terminu 7 dni od otrzymania wezwania;
 - 4) z dniem rocznicy Umowy, w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 81 lat, z zastrzeżeniem pkt 5;
 - 5) z dniem rocznicy Umowy, w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 85 lat w przypadku obejmowania Ubezpieczonego ochroną w ramach wariantu ubezpieczenia Senior 1, z zastrzeżeniem ust. 13;
 - 6) z upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta, jeżeli jedna ze stron złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres ubezpieczenia;
 - 7) w przypadku wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego w terminie wskazanym w § 14 ust. 1.
 5. Ubezpieczający może zmienić wariant ubezpieczenia wyłącznie w rocznicę Umowy, z zastrzeżeniem ust. 6–8.
 6. Jeżeli Ubezpieczający w rocznicę Umowy zmienił dotychczasowy wariant na inny, wówczas w odniesieniu do zdarzenia ubezpieczeniowego śmierci Ubezpieczonego oraz zdarzenia ubezpieczeniowego choroby śmiertelnej, które były przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w tym wariantcie, karencja określona w ust. 2 i 3 obowiązuje w stosunku do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant przewiduje wyższe wysokości świadczeń dla tych zdarzeń ubezpieczeniowych.
 7. Jeżeli Ubezpieczający w rocznicę Umowy zmienił dotychczasowy wariant, który nie obejmował zdarzeń będących przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w wybranym nowym wariantcie, wówczas w odniesieniu do zdarzeń, które nie były objęte ochroną ubezpieczeniową, obowiązują karencje określone w zdarzeniach ubezpieczeniowych znajdujących się w niniejszych OWU.
 8. Jeżeli Ubezpieczający w rocznicę Umowy zmienił dotychczasowy wariant na inny, wówczas w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż wskazane w ust. 6, które były przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariantcie, karencje określone we właściwych paragrafach opisujących poszczególne zdarzenia ubezpieczeniowe obowiązują do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant przewiduje wyższe wysokości świadczeń.
 9. W związku z osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku, o którym mowa w ust. 4 pkt 4, ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach Wariantu Senior 1 na zasadach opisanych w ust. 10.
 10. W okresie co najmniej 30 dni przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku, o którym mowa w ust. 4 pkt 4, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach. W przypadku wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego na zmienione warunki zakres ubezpieczenia będzie obejmował poniższe zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego;
 - 4) śmierć Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla;
 - 5) niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 11. W propozycji przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach Towarzystwo określi: nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokościami świadczeń oraz wysokością składki wynikającej z zaproponowanej zmiany.
 12. W przypadku braku zgody Ubezpieczonego na zmieniony wariant ubezpieczenia wskazany w ust. 10 Umowa ulegnie rozwiązaniu z dniem rocznicy tej Umowy, w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 81 lat.
 13. W stosunku do Ubezpieczonego kontynuującego Umowę oraz w związku z osiągnięciem przez niego wieku, o którym mowa w ust. 4 pkt 5, ochrona ubezpieczeniowa może być kontynuowana w ramach Wariantu Senior 2 na zasadach opisanych w ust. 14.
 14. W okresie co najmniej 30 dni przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku, o którym mowa w ust. 4 pkt 5, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach. W przypadku wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego na zmienione warunki zakres ubezpieczenia będzie obejmował świadczenie śmierć Ubezpieczonego.
 15. W propozycji przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach Towarzystwo określi nowy zakres ochrony ubezpieczeniowej wraz z wysokością świadczeń oraz wysokością składki wynikającej z zaproponowanej zmiany.
 16. W przypadku braku zgody Ubezpieczonego na zmieniony wariant ubezpieczenia wskazany w ust. 14 Umowa ulega rozwiązaniu z dniem rocznicy tej Umowy, w roku, w którym Ubezpieczony ukończył 85 lat.
- ### Pakiety dodatkowe
- #### § 7
1. Za zgodą Towarzystwa Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej o pakiety dodatkowe, które wskazane są w ofercie.
 2. Pakiety dodatkowe dostępne są Ubezpieczonym, którzy ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 80. roku życia, z wyłączeniem pakietu ONKO, który dostępny jest dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18. rok życia i nie ukończyli 60. roku życia.
 3. W ramach danego pakietu dodatkowego Ubezpieczający może wybrać wyłącznie jeden wariant.
 4. Ubezpieczający może zmienić wariant pakietu dodatkowego wyłącznie w rocznicę Umowy, o ile pomiędzy rozszerzeniem ochrony ubezpieczeniowej o ten pakiet dodatkowy a rocznicą Umowy minęło co najmniej 6 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 5.
 5. Rezygnacja z pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych danym pakietem dodatkowym z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Towarzystwo otrzymało zgłoszenie rezygnacji. Ponowne dokupienie takiego samego pakietu dodatkowego możliwe jest po 12 miesiącach od wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z danego pakietu dodatkowego.
 6. Jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach jednego wariantu pakietu dodatkowego i w rocznicę Umowy zmienił ten wariant pakietu dodatkowego na inny, wówczas w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia, które było przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej w dotychczasowym wariantcie pakietu dodatkowego, karencja określona we właściwych zdarzeniach ubezpieczeniowych obowiązuje wyłącznie w stosunku do różnicy wysokości świadczeń, jeżeli nowy wariant pakietu dodatkowego przewiduje wyższe wysokości świadczeń.
 7. Zmiana wariantu pakietu dodatkowego następuje na wniosek Ubezpieczającego wyrażony we wniosku.
- ### Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa
- #### § 8
1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru,
- 2) samobójstwa Ubezpieczonego, które nastąpiło:
 - a) przed upływem 6 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i została zachowana ciągłość ochrony ubezpieczeniowej albo
 - b) przed upływem 2 lat od dnia zawarcia Umowy, jeżeli Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które zapytało przed zawarciem Umowy, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego. Jeżeli do zatajania lub podania niezgodnych z prawdą okoliczności doszło z winy umyślnej Ubezpieczającego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności, które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą, co powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa za skutki tych okoliczności.
3. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu tej Umowy podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że została zatajona choroba Ubezpieczonego.

Składka

§ 9

1. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na rzecz Towarzystwa składkę w ustalonych we wnioskopolisie lub polisie wysokości i terminie.
2. Składka płatna jest miesięcznie przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa.
3. Pierwsza składka płatna jest w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym złożono wnioskopolisę lub wystawiono polisę.
4. Jeżeli składka nie została opłacona w terminie, o którym mowa w ust. 3, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie 7 dni, począwszy od dnia następnego po dniu, w którym składka powinna zostać opłacona, informując go jednocześnie o skutkach nieopłacenia składki. W tym okresie ochrona ubezpieczeniowa nie jest świadczona.
5. Okres odpowiedzialności rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym składka została opłacona.
6. Brak zapłaty składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4, oznacza wypowiedzenie Umowy przez Ubezpieczającego. Umowa rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca po upływie dodatkowego terminu, o którym mowa w ust. 4.
7. Każda następna składka płatna jest z góry, w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka jest należna.
8. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień, w którym składka została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej należnej wysokości.
9. Wysokość składki jest stała dla danego wariantu ubezpieczenia i ustalona zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej, na podstawie odpowiednich danych statystycznych, wysokości sum ubezpieczenia i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego, w tym ograniczeń odpowiedzialności wynikających z zastosowanych okresów karencji.
10. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty, informując go jednocześnie o skutkach nieopłacenia należnej składki, określonych w § 6 ust. 4 pkt 3.

Suma ubezpieczenia

§ 10

Wysokość sumy ubezpieczenia dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego wskazana jest we wnioskopolisie lub polisie.

Partner życiowy

§ 11

1. Wskazanie partnera życiowego może nastąpić w dniu zawarcia Umowy na druku wnioskopolisy lub wniosku albo w terminie późniejszym w formie pisemnej.
2. Towarzystwo związane jest wskazaniem przez Ubezpieczonego partnera życiowego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu wskazania.
3. W przypadku wycofania wskazania partnera życiowego jako współubezpieczonego oraz w przypadku dokonania zmiany partnera życiowego jako współubezpieczonego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących partnera wskazanego wcześniej wygasa w dniu otrzymania przez Towarzystwo wskazania uwzględniającego dokonane zmiany.
4. W przypadku zmiany partnera życiowego odpowiedzialność z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących nowo wskazanego partnera życiowego rozpoczyna się zgodnie z zapisami dotyczącymi właściwych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Wyplata świadczenia

§ 12

1. W razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. W razie zdiagnozowania w okresie ubezpieczenia choroby śmiertelnej u Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego aktualnej w dniu zdiagnozowania choroby śmiertelnej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po wypłacie świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia pomniejszonej o wypłaconą już kwotę z tytułu choroby śmiertelnej.
4. Przy obliczaniu wysokości świadczeń uwzględnia się zasady określone w OWU lub w odpowiednich zdarzeniach ubezpieczeniowych oraz wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Towarzystwo zobowiązane jest spełnić świadczenie w terminie wskazanym w Umowie, jednak nie dłuższym niż 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 5, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia informuje o tym Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
8. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia jest dostarczenie Towarzystwu:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazanych przez Towarzystwo na właściwym formularzu wniosku o wypłatę świadczenia lub na stronie internetowej Towarzystwa bądź w piśmie, o którym mowa w ust. 7;
 - 3) dodatkowo w przypadku choroby śmiertelnej – zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej, że kontynuowane jest wyłącznie leczenie paliatywne.
9. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia Towarzystwo może zwrócić się z wnioskiem do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa, w tym zwłaszcza dokumentów medycznych koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, lub skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u wskazanych lekarzy na koszt Towarzystwa.

10. Jeżeli dokumenty, o które Towarzystwo zwróciło się do osoby uprawnionej są w innym języku niż polski, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o dostarczenie Towarzystwu ich tłumaczenia na język polski przez tłumacza przysięgłego.
11. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Uprawniony

§ 13

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wskazywania i zmiany Uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest wypłacane Uposażonym w udziałach procentowych określonych przez Ubezpieczonego.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił udziału każdego z nich w kwocie świadczenia, uznaje się, że wszystkie udziały w wypłacanym świadczeniu są równe.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia, jego udział przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
5. Jeżeli nie wskazano Uposażonych bądź wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, to świadczenie jest wypłacane członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi, a w razie jego braku
 - 2) dzieciom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - 3) rodzicom (w częściach równych), a w razie ich braku
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom.
6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.

Rozwiązanie Umowy

§ 14

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
2. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni, licząc od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Zdarzenia ubezpieczeniowe

§ 15

Zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia lub pakietem dodatkowym zakres ochrony ubezpieczeniowej może obejmować zdarzenia ubezpieczeniowe, wymienione w § 16–60.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 16

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy

ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego

§ 17

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek komunikacyjny, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku komunikacyjnego;
 - 3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;

- 5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
- 7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
- 8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej

§ 18

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu

§ 19

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, pod warunkiem że:

- 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, który to wypadek był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości

§ 20

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany upadkiem z wysokości, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem z wysokości a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów

§ 21

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany upadkiem przedmiotów, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem przedmiotów a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, który to wypadek był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna

§ 22

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
- 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
- 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 5) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń

§ 23

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie

§ 24

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
5. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, będącej następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązuje w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
6. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu. Jeśli Ubezpieczony, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązuje w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu

§ 25

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, pod warunkiem że:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu nastąpiła w okresie 180 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, które były następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków

Całkowite osierocenie dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub osierocenie dziecka

§ 26

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje całkowite osierocenie dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub osierocenie dziecka.
3. W przypadku osierocenia dziecka w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka każdemu osieroconemu dziecku.
4. W przypadku całkowitego osierocenia dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w okresie ubezpieczenia Towarzystwo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 3, wypłaci jednorazowe dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu całkowitego osierocenia dziecka każdemu osieroconemu dziecku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, które nastąpiło:
 - a) przed upływem 6 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, jeżeli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia i została zachowana ciągłość ochrony ubezpieczeniowej albo
 - b) przed upływem 2 lat od dnia zawarcia Umowy, jeżeli Ubezpieczony nie był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia.
6. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego osierocenie dziecka. Jeśli Ubezpieczony

był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko osierocenie dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu osierocenia dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego osierocenie dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 27

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia nieszczęśliwego wypadku.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;

- 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
- 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
- 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
- 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej

§ 28

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem przy pracy rolniczej.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na

- zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
 12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu

§ 29

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzeczenia przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej spowodowanym przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej spowodowanemu przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, który to wypadek był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

- 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
- 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
- 5) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
- 6) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości

§ 30

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany upadkiem z wysokości, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowany upadkiem z wysokości wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem z wysokości a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem z wysokości.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem

z wysokości a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.

9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej spowodowanemu upadkiem z wysokości, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, który to wypadek był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów

§ 31

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany upadkiem przedmiotów, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem przedmiotów a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.

4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem przedmiotów.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej spowodowanym upadkiem przedmiotów a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej spowodowanemu upadkiem przedmiotów, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, który to wypadek był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookałeczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna

§ 32

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej spowodowanym pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej spowodowanemu pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, który to wypadek był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.
- 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowany uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń;
- 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej spowodowanym uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej spowodowanemu uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń

§ 33

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;

- 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie

§ 34

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, w łącznej wysokości nie większej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu jednego wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek przy pracy rolniczej spowodowany pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie;
 - 3) pomiędzy wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Do skutków wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wypadkiem przy pracy rolniczej spowodowanym pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie.
8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu po wypadku przy pracy rolniczej spowodowanym pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed tym wypadkiem.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi przy pracy rolniczej spowodowanemu pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
11. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

§ 35

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu, w łącznej wysokości nie wyższej niż 100% tej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu wystąpił w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 3) pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku ustalany jest według stanu zdrowia Ubezpieczonego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego

- uszczerbku na zdrowiu, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
 6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
 7. Do skutków zawału serca lub udaru mózgu nie zalicza się upośledzenia funkcji organów, narządów lub układów w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu.
 8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem organu, narządu lub układu po wystąpieniu zawału serca lub udaru mózgu a stopniem (procentem) trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym bezpośrednio przed zawałem serca lub udarem mózgu.
 9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ zawałowi serca lub udarowi mózgu, zmarł przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, lekarz wskazany przez Towarzystwo określa stopień prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
 10. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, stanowiącej załącznik nr 2 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
 11. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 5) pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka.
 12. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu, będącego następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu, których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
- 1) pobyt w szpitalu z powodu:
 - a) choroby, komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka,
 - b) nieszczęśliwego wypadku,
 - c) zawału serca lub udaru mózgu;
 - 2) rekonwalescencję Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, jeżeli pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 3 dni;
 - 3) pobyt Ubezpieczonego na OIOM-ie; w okresie ubezpieczenia.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4–7 za każdy dzień pobytu w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy choroba, nieszczęśliwy wypadek, zawał serca lub udar mózgu będące przyczyną pobytu w szpitalu wystąpiły w okresie ubezpieczenia.
 4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu przez pierwsze 14 dni w przypadku pobytu w szpitalu, który to pobyt:
 - 1) jest konsekwencją nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, zaistniałych w okresie ubezpieczenia, i
 - 2) jest pierwszym pobytom spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub udarem mózgu, i
 - 3) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku, zawałe serca lub udarze mózgu.
 5. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zdarzył się przed początkiem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku 1% sumy ubezpieczenia.
 6. W przypadku rekonwalescencji po pobycie w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji.
 7. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowo 5% sumy ubezpieczenia.
 8. Świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek choroby, nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu przysługują łącznie za nie więcej niż 180 dni w danym rocznym okresie ubezpieczenia.
 9. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka przysługuje za nie więcej niż 30 dni w trakcie trwania jednej ciąży.
 10. Świadczenia z tytułu rekonwalescencji przysługują łącznie za nie więcej niż 30 dni w rocznym okresie ubezpieczenia.
 11. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że Towarzystwo przyznało Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 12. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM-ie w celu leczenia szpitalnego przysługuje, o ile pobyt na OIOM-ie trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni.
 13. W przypadku pobytu w szpitalu w okresie rekonwalescencji należne jest tylko jedno świadczenie – z tytułu pobytu w szpitalu albo z tytułu rekonwalescencji, zgodnie z treścią złożonego przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę świadczenia.
 14. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w więcej niż jednym szpitalu w danym dniu przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
 15. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko pobyt Ubezpieczonego w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

§ 36

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

16. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za pobyty w szpitalu w okresie ciąży w celach jedynie diagnostycznych oraz w związku z porodem i połogiem z wyjątkiem komplikacji okołoporodowych.
17. W przypadku pobytów w szpitalu spowodowanych komplikacjami ciąży lub stanem chorobowym nienarodzonego dziecka, podczas których nastąpił poród, Towarzystwo wypłaci świadczenie za pobyt w szpitalu do dnia porodu włącznie.
18. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli był on następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
 - 10) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
 - 11) chirurgicznego leczenia otyłości;
 - 12) zmiany płci, usuwania ciąży, porodu i połogu (za wyjątkiem komplikacji okołoporodowych lub komplikacji połogu), sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
 - 13) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 14) oparzeń pierwszego stopnia;
 - 15) zabiegów medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - 16) leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem tego, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - 17) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 18) wad wrodzonych i ich skutków;
 - 19) poddania się eksperymentowi medycznemu.

	1–14. dzień pobytu w szpitalu – 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
	od 15. dnia pobytu w szpitalu – 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
4.	Rekonwalescencja
	0,5% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji
5.	Pobyt na OIOM-ie
	5% sumy ubezpieczenia (jednorazowo)

Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

§ 37

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, które zostało określone w katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik nr 6 do OWU.
3. W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, z wyłączeniem przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA), Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
4. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego. Jeżeli jednak w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) wystąpi u Ubezpieczonego zawał serca, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości różnicy pomiędzy wypłaconą kwotą świadczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) a świadczeniem z tytułu zawału serca.
5. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wniosku polisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko poważne zachorowanie Ubezpieczonego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
6. Postanowienie ust. 5 nie ma zastosowania, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego było wynikiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności.
7. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w ramach poniższych kategorii:
 - 1) kategoria 1 – operacja aorty, operacja zastawek serca, angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), kardiomiopatia, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), zawał serca, udar mózgu, śpiączka, niedowład (paraliż), zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
 - 2) kategoria 2 – anemia aplastyczna, błoniewiec mózgu, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfeldta-Jakoba, choroba Huntingtona, choroba neuronu ruchowego, niewydolność nerek, przeszczep narządu, schyłkowa niewydolność wątroby, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, łagodny guz mózgu, w tym oponiak, zakażona martwica trzustki;
 - 3) kategoria 3 – bakteryjne zapalenie opon mózgowych, bakteryjne zapalenie wsierdza, oparzenia, utrata mowy, utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny wskutek choroby, tężec, wścieklizna, gruźlica, zakażenie wirusem HIV, ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi, sepsa, wirusowe zapalenie mózgu, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zgorzel gazowa.

Tabela nr 1. Procenty sumy ubezpieczenia w zależności od długości i powodu pobytu w szpitalu

1.	Pobyt w szpitalu w wyniku choroby, komplikacji ciąży lub stanu chorobowego nienarodzonego dziecka
	1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
2.	Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
	1–14. dzień pobytu w szpitalu – 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
	od 15. dnia pobytu w szpitalu – 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu
3.	Pobyt w szpitalu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa względem Ubezpieczonego w ramach poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii.

8. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego więcej niż jednego nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia zostanie wypłacone jedno świadczenie, niezależnie od liczby i rodzajów stwierdzonych nowotworów.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, które było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 7) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u Ubezpieczonego:
 - 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA);
 - 2) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub udar mózgu, lub przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – udar mózgu;
 - 3) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub zawał serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – zawał serca;
 - 4) chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca w przypadku poważnego zachorowania – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass);
 - 5) tętniaka aorty brzusznej lub piersiowej lub rozwarstwienie aorty brzusznej lub piersiowej w przypadku poważnego zachorowania – operacja aorty;
 - 6) kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek, lub cukrzycową chorobę nerek (nefropatię cukrzycową) w przypadku poważnego zachorowania – niewydolność nerek;
 - 7) miażdżycę zarostową tętnic dolnych lub cukrzycę w przypadku poważnego zachorowania – utrata kończyny wskutek choroby;
 - 8) wirusowe zapalenie wątroby lub zakrzepicę żył wątrobowych, lub nowotwór wątroby lub alkoholizm w przypadku poważnego zachorowania – schyłkowa niewydolność wątroby.
11. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego będącego następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie

Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Urodzenie się dziecka

§ 38

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na urodzeniu się dziecka Ubezpieczonemu.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest urodzenie się dziecka żywego.
3. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka.
4. W przypadku przysposobienia dziecka Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka pod warunkiem, że przysposobienie nastąpiło w okresie ubezpieczenia.
5. W okresie pierwszych 10 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się dziecka. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko urodzenie się dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Urodzenie się dziecka martwego

§ 39

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na urodzeniu się dziecka martwego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się dziecka martwego.
3. W przypadku urodzenia się dziecka martwego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka martwego.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się dziecka martwego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko urodzenie się dziecka martwego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka martwego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się dziecka martwego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
5. Do wniosku o wypłatę świadczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć:
 - 1) zaświadczenie ze szpitala o śmierci płodu, w którym określono wiek płodu w chwili jego zgonu;
 - 2) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją: „dziecko martwo urodzone”.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu urodzenia się dziecka martwego, które to urodzenie było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

Śmierć małżonka albo partnera życiowego

§ 40

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci małżonka albo partnera życiowego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego.
3. W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć małżonka albo partnera życiowego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko śmierć małżonka albo partnera życiowego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć małżonka albo partnera życiowego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) samobójstwa małżonka albo partnera życiowego, które nastąpiło przed upływem 2 lat od dnia zawarcia Umowy;
 - 4) świadomego samookaleczenia małżonka albo partnera życiowego lub okaleczenia małżonka albo partnera życiowego na jego prośbę.

Śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 41

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć małżonka albo partnera życiowego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią małżonka albo partnera życiowego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby małżonka albo partnera życiowego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;

- 4) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 5) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 6) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
- 7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
- 8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy małżonek albo partner życiowy był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Śmierć rodzica lub teścia

§ 42

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci rodzica lub teścia.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica lub teścia.
3. W przypadku śmierci rodzica lub teścia w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć rodzica lub teścia. Jeśli Ubezpieczony który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko śmierć rodzica lub teścia znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć rodzica lub teścia (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
5. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci teścia przysługuje, jeżeli w chwili śmierci teścia wobec Ubezpieczonego i jego małżonka nie została orzeczona separacja.
6. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia nie żyje małżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony:
 - 1) nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz
 - 2) nie wskazał partnera życiowego,
 - 3) dostarczył oświadczenie o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
7. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia nie żyje partner życiowy Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony:
 - 1) nie dokonał zmiany partnera życiowego oraz
 - 2) nie wstąpił w związek małżeński.
8. Z tytułu śmierci rodzica lub teścia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu śmierci rodzica lub 2 świadczenia z tytułu śmierci teścia.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci rodzica lub teścia, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy) działań wojennych, czynnego udziału rodzica lub teścia w aktach przemocy lub terroru.

Niezdolność do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 43

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie niezdolności do samodzielnej egzystencji u Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku skutkującego wystąpieniem niezdolności do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 12 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a niezdolnością do samodzielnej egzystencji istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Śmierć Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla

§ 44

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek spowodowany wybuchem gazu lub zatruciem tlenkiem węgla, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku spowodowanego wybuchem gazu lub zatrucia tlenkiem węgla nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku spowodowanego wybuchem gazu lub zatrucia tlenkiem węgla;

- 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem spowodowanym wybuchem gazu lub zatruciem tlenkiem węgla a śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wybuchu gazu lub zatrucia tlenkiem węgla, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

Pobyt dziecka w szpitalu

§ 45

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na pobycie dziecka w szpitalu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt dziecka w szpitalu z powodu:
 - a) choroby,
 - b) nieszczęśliwego wypadkuw okresie ubezpieczenia.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4–5 za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia pod warunkiem, że choroba, nieszczęśliwy wypadek będące przyczyną pobytu w szpitalu wystąpiły w okresie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu przez pierwsze 14 dni w przypadku pobytu dziecka w szpitalu, który to pobyt:
 - 1) jest konsekwencją zaistniałego w okresie ubezpieczenia nieszczęśliwego wypadku u dziecka i
 - 2) jest pierwszym pobytym dziecka spowodowanym danym nieszczęśliwym, i
 - 3) rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
5. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek u dziecka zdarzył się przed początkiem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku 1% sumy ubezpieczenia.
6. Świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu przysługują łącznie za nie więcej niż 180 dni w danym rocznym okresie ubezpieczenia.
7. W przypadku pobytu dziecka w więcej niż jednym szpitalu w danym dniu Towarzystwo wypłaci świadczenie tylko za jeden z tych pobytów.
8. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wniosku polisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt dziecka w szpitalu. W przypadku Ubezpieczonego, który był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko pobyt dziecka w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt dziecka w szpitalu (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za pobyt dziecka w szpitalu, jeżeli pobyt ten był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;

- 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia dziecka lub okaleczenia dziecka na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby dziecka zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawiania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania pojazdem przez dziecko bez wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko było pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
 - 10) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
 - 11) chirurgicznego leczenia otyłości;
 - 12) zmiany płci, usunięcia ciąży, porodu i połogu (za wyjątkiem komplikacji okołoporodowych lub komplikacji połogu), sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
 - 13) pobrania narządów do przeszczepu lub tkanek do przeszczepu;
 - 14) oparzeń pierwszego stopnia;
 - 15) zabiegów medycyny estetycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - 16) leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem tego, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - 17) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 18) wad wrodzonych i ich skutków;
 - 19) poddania się eksperymentowi medycznemu.
- 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpił w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według stanu zdrowia dziecka na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia nieszczęśliwego wypadku.
 5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Towarzystwo ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie.
 6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
 7. Do skutków nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu dziecka po wypadku a stopniem trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 9. Jeżeli dziecko, które uległo nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarło przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazany lekarz określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
 10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez dziecko.
 11. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku rodzaj i procent trwałego uszczerbku ustalane są przez Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
 12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia dziecka, lub okaleczenia dziecka na jego prośbę;
 - 4) choroby dziecka zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawiania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania pojazdem przez dziecko bez wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko było pasażerem podmiotu wykonującego przewozy

Tabela nr 2. Procenty sumy ubezpieczenia w zależności od długości i powodu pobytu dziecka w szpitalu

1.	Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku choroby	
	1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu	
2.	Pobyt dziecka w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	
	od 1. do 14. dnia pobytu w szpitalu	od 15. dnia pobytu w szpitalu
	2% sumy ubezpieczenia	1% sumy ubezpieczenia

**Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka
wskutek nieszczęśliwego wypadku**

§ 46

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, w łącznej wysokości nie większej niż 100% tej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 - 2) Zakres ubezpieczenia obejmuje powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ubezpieczenia.
 - 3) W przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, w łącznej wysokości nie większej niż 100% tej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego wystąpił trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpił w okresie nie dłuższym niż 18 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
 4. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest według stanu zdrowia dziecka na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia nieszczęśliwego wypadku.
 5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Towarzystwo ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie.
 6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
 7. Do skutków nieszczęśliwych wypadków nie zalicza się utraty bądź uszkodzenia organu, narządu lub układu w zakresie, w jakim ich funkcje były upośledzone przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 8. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka określa się w wysokości różnicy pomiędzy stanem danego organu, narządu lub układu dziecka po wypadku a stopniem trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
 9. Jeżeli dziecko, które uległo nieszczęśliwemu wypadkowi, zmarło przed ustaleniem stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazany lekarz określa stopień (procent) prawdopodobnego trwałego uszczerbku na zdrowiu na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
 10. Przy ustalaniu rodzaju i stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy ani czynności wykonywanych przez dziecko.
 11. W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku rodzaj i procent trwałego uszczerbku ustalane są przez Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik nr 1 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
 12. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia dziecka, lub okaleczenia dziecka na jego prośbę;
 - 4) choroby dziecka zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawiania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) kierowania pojazdem przez dziecko bez wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 7) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko było pasażerem podmiotu wykonującego przewozy

lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego

§ 47

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wykonane w okresie ubezpieczenia.
3. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operacje chirurgiczne Ubezpieczonego wymienione w katalogu operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik nr 3 do OWU.
4. W przypadku operacji chirurgicznej należącej do:
 - 1) kategorii 1 – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej;
 - 2) kategorii 2 – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej;
 - 3) kategorii 3 – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznej.
5. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego operacje chirurgiczne Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko operacje chirurgiczne Ubezpieczonego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego operacje chirurgiczne Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
6. Łączna wartość świadczeń wypłaconych z tytułu operacji chirurgicznych będących następstwem tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznych, które były następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 5) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 6) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 7) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 8) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 9) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez Ubezpieczonego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;

- 10) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
 - 11) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
 - 12) chirurgicznego leczenia otyłości;
 - 13) zmiany płci, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
 - 14) w celu pobrania narządów do przeszczepu lub tkanek do przeszczepu;
 - 15) oparzeń pierwszego stopnia;
 - 16) zabiegów medycyny estetycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby nowotworowej zaistniałej w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - 17) leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem tego, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - 18) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 19) wad wrodzonych i ich skutków;
 - 20) poddania się eksperymentowi medycznemu.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności także w związku z operacją chirurgiczną:
 - 1) wykonaną w celach diagnostycznych,
 - 2) która miała na celu usunięcie ciał obcych metodą endoskopową.
 9. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej operacji chirurgicznej, Towarzystwo wypłaci świadczenie za jedną operację chirurgiczną, za którą zgodnie z załącznikiem nr 3 należne jest najwyższe świadczenie.
 10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w związku z operacją chirurgiczną spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego.
 11. W przypadku zastosowania kilku procedur zabiegowych podczas jednej operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie w związku z procedurą zabiegową, która jest wyceniona najwyższej (wyższa kategoria).
 12. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku operacji chirurgicznych będącej następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczonego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego operacje chirurgiczne Ubezpieczonego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego

§ 48

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu u małżonka albo u partnera życiowego poważnego zachorowania, które zostało określone w katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik nr 6 do OWU.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u małżonka albo partnera życiowego poważnego zachorowania.
3. W przypadku wystąpienia w okresie ubezpieczenia poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego, z wyłączeniem przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego.
4. W przypadku przeprowadzenia u małżonka albo partnera życiowego w okresie ubezpieczenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego. Jeżeli jednak w okresie 30 dni od dnia przeprowadzenia angioplastyki naczyń wieńcowych (PCTA) wystąpi

- u małżonka albo partnera życiowego zawał serca, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości różnicy pomiędzy wypłaconą kwotą świadczenia z tytułu angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA) a świadczeniem z tytułu zawału serca.
5. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
 6. Postanowienie ust. 5 nie ma zastosowania, jeżeli poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego było wynikiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności.
 7. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu jedno świadczenie z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego w ramach poniższych kategorii:
 - 1) kategoria 1 – operacja aorty, operacja zastawek serca, angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA), kardiomiopatia, pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass), zawał serca, udar mózgu, śpiączka, niedowład (paraliż), zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
 - 2) kategoria 2 – anemia aplastyczna, białowiec mózgu, nowotwór złośliwy, choroba Creutzfeldta-Jakoba, choroba Huntingtona, choroba neuronu ruchowego, niewydolność nerek, przeszczep narządu, schyłkowa niewydolność wątroby, choroba Parkinsona, choroba Alzheimerera, stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa, łagodny guz mózgu, w tym oponiak, zakażona martwica trzustki;
 - 3) kategoria 3 – bakteryjne zapalenie opon mózgowych, bakteryjne zapalenie wsierdza, oparzenie, utrata mowy, utrata wzroku, utrata słuchu, utrata kończyny wskutek choroby, tężec, wścieklizna, gruźlica, zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi, ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi, sepsa, wirusowe zapalenie mózgu, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zgorzel gazowa.
- Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa w ramach poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii.
8. W przypadku wystąpienia u małżonka albo partnera życiowego więcej niż jednego nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia zostanie wypłacone jedno świadczenie, niezależnie od liczby i rodzajów stwierdzonych nowotworów.
 9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego, które było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia małżonka albo partnera życiowego lub okaleczenia małżonka albo partnera życiowego na jego prośbę;
 - 3) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u małżonka albo partnera życiowego, w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 4) choroby małżonka albo partnera życiowego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 7) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
10. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej rozpoznano u małżonka albo partnera życiowego:
- 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA);
 - 2) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub udar mózgu, lub przemijające niedokrwienie mózgu tzw. TIA, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – udar mózgu;
 - 3) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, lub chorobę niedokrwienną serca, lub zawał serca, lub miażdżycę uogólnioną tętnic w przypadku poważnego zachorowania – zawał serca;
 - 4) chorobę niedokrwienną serca lub zawał serca w przypadku poważnego zachorowania – pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass);
 - 5) tętniaka aorty brzusznej lub piersiowej lub rozwarstwienie aorty brzusznej lub piersiowej, w przypadku poważnego zachorowania – operacja aorty;
 - 6) kłębkowe zapalenie nerek lub wielotorbielowatość nerek, lub cukrzycową chorobę nerek (nefropatię cukrzycową) w przypadku poważnego zachorowania – niewydolność nerek;
 - 7) miażdżycę zarostową tętnic dolnych lub cukrzycę w przypadku poważnego zachorowania – utrata kończyny wskutek choroby;
 - 8) wirusowe zapalenie wątroby lub zakrzepicę żył wątrobowych lub nowotwór wątroby, lub alkoholizm w przypadku poważnego zachorowania – schyłkowa niewydolność wątroby.
11. Jeśli Ubezpieczony objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego będącego następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka albo partnera życiowego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie małżonka albo partnera życiowego (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Poważne zachorowanie dziecka

§ 49

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu u dziecka poważnego zachorowania, które zostało określone w katalogu poważnych zachorowań dziecka, stanowiącym załącznik nr 7 do OWU.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u dziecka poważnego zachorowania.
3. W razie wystąpienia w życiu dziecka w okresie odpowiedzialności zdarzenia wskazanego w ust. 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka.
4. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie dziecka. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko poważne

zachorowanie dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

5. Postanowienie ust. 4 nie ma zastosowania, jeżeli poważne zachorowanie dziecka było wynikiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności.

6. W przypadku wystąpienia poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie z danej kategorii:

- 1) kategoria 1 – przeszczep wątroby, schyłkowa niewydolność wątroby;
- 2) kategoria 2 – przeszczep nerki, niewydolność nerek;
- 3) kategoria 3 – nowotwór złośliwy, przeszczep szpiku;
- 4) kategoria 4 – wirusowe zapalenie mózgu, łagodny guz mózgu, bakteryjne zapalenie opon mózgowych.

Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka skutkuje wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa w ramach poważnych zachorowań należących do tej samej kategorii w odniesieniu do tego dziecka.

7. W przypadku wystąpienia u dziecka więcej niż jednego nowotworu złośliwego w okresie ubezpieczenia zostanie wypłacone jedno świadczenie niezależnie od liczby i rodzajów stwierdzonych nowotworów.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania dziecka, które to zachorowanie było następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):

- 1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
- 2) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u dziecka w ciągu 1 roku przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
- 3) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

9. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku poważnego zachorowania dziecka będącego następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego poważne zachorowanie dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego

§ 50

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem że:
 - 1) wypadek komunikacyjny, wskutek którego nastąpiła śmierć małżonka albo partnera życiowego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;

- 2) śmierć małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia wypadku komunikacyjnego;
 - 3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią małżonka albo partnera życiowego Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci małżonka albo partnera życiowego wskutek wypadku komunikacyjnego, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
- 1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy i terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby małżonka albo partnera życiowego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego w stanie pod wpływem alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nie przepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 5) kierowania pojazdem przez małżonka albo partnera życiowego bez wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 6) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego, lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy małżonek albo partner życiowy był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Śmierć rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 51

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć rodzica lub teścia Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią rodzica lub teścia Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku nie żyje małżonek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że Ubezpieczony:
 - 1) nie wstąpił ponownie w związek małżeński oraz
 - 2) nie wskazał partnera życiowego,
 - 3) dostarczył oświadczenie o niepozostawaniu w związku małżeńskim.
5. W przypadku gdy w chwili śmierci teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku nie żyje partner życiowy Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem że:
 - 1) Ubezpieczony nie dokonał zmiany partnera życiowego oraz
 - 2) Ubezpieczony nie wstąpił w związek małżeński.

6. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje, jeżeli w chwili śmierci teścia wobec Ubezpieczonego i jego małżonka nie została orzeczona separacja.
7. Z tytułu śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż 2 świadczenia z tytułu śmierci rodzica wskutek nieszczęśliwego wypadku lub 2 świadczenia z tytułu śmierci teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci rodzica lub teścia wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału rodzica lub teścia Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby rodzica lub teścia Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 5) kierowania przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 6) kierowania przez rodzica lub teścia Ubezpieczonego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez rodzica lub teścia sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym, z wyjątkiem sytuacji, gdy rodzic lub teść Ubezpieczonego był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
 - 2) śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) choroby dziecka zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 4) pozostawania przez dziecko w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 5) kierowania przez dziecko pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 6) kierowania przez dziecko pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - 7) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez dziecko sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - 8) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy dziecko było pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Śmierć dziecka

§ 52

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć dziecka.
3. W przypadku śmierci dziecka w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka.
4. W okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia wskazanego we wniosku polisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć dziecka. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko śmierć dziecka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego śmierć dziecka (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci dziecka, która była następstwem (związek przyczynowo-skutkowy) działań wojennych, czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroru.

Śmierć dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 53

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na śmierci dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Urodzenie się wnuka

§ 54

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest urodzenie się wnuka Ubezpieczonemu.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest urodzenie się wnuka żywego.
3. W przypadku urodzenia się wnuka Ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się wnuka.
4. W przypadku przysposobienia dziecka przez pełnoletnie dziecko Ubezpieczonego przysposobienie to musi nastąpić w okresie ubezpieczenia.
5. W okresie pierwszych 10 miesięcy od dnia wskazanego we wniosku polisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się wnuka. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko urodzenie się wnuka znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu urodzenia się wnuka: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się wnuka (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Ubezpieczenie na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia

§ 55

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdiagnozowanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), zawału serca albo udaru mózgu w okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia zawału serca albo udaru mózgu Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie odpowiednio albo za zawał serca, albo za udar mózgu.
4. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), zawału serca albo udaru mózgu w okresie pierwszych 90 dni, licząc od dnia rozpoczęcia okresu ubezpieczenia z tytułu niniejszego zdarzenia ubezpieczeniowego, stosuje się karencję. W tym okresie odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do sumy wpłaconych składek z tytułu tego zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczenie na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
5. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tej choroby kończy się z chwilą wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
6. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego zawału serca albo udaru mózgu odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tych chorób kończy się z chwilą wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
7. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ) odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tej choroby kończy się z chwilą wypłaty 30% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
8. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia wygasa z dniem rocznicy Umowy, w roku, w którym Ubezpieczony kończy 67 lat.
9. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia nowotworu złośliwego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia aktualnej na dzień postawienia diagnozy.
10. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ) Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia aktualnej na dzień postawienia diagnozy.
11. W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia zawału serca albo udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia aktualnej na dzień postawienia diagnozy.
12. Jeżeli w okresie ubezpieczenia zdiagnozowany nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym (in situ) zostanie zdiagnozowany ponownie i okaże się nowotworem złośliwym, poza świadczeniem należnym z tytułu nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu nowotworu złośliwego w pełnej należnej wysokości.

13. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe przed okresem ubezpieczenia.
14. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia rozpoznano u Ubezpieczonego:
 - 1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę typu 1, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu, tzw. TIA, lub miażdżycę uogólnioną tętnic – w przypadku zdiagnozowania udaru mózgu;
 - 2) chorobę niedokrwinną serca lub zawał serca – w przypadku zdiagnozowania zawału serca.
15. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ), zawału serca albo udaru mózgu Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe, które powstały wskutek (adekwatny związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 2) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
16. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 90 dni od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia, będących skutkiem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczenie na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Assistance medyczny

§ 56

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem assistance medycznego objęte jest zdiagnozowanie w okresie ubezpieczenia choroby wskazanej w ramach ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
3. Assistance medyczny obejmuje:
 - 1) **Pakiet Onkologiczny** – w przypadku nowotworu złośliwego lub nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ):
 - a) konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną,
 - b) pomoc medyczną (pomoc psychologa, wizyta pielęgniarska po hospitalizacji, transport medyczny, konsultacje dietetyka, dostarczenie leków),
 - c) pomoc domową po hospitalizacji,
 - d) zakwaterowanie osoby towarzyszącej,
 - e) rehabilitację,
 - f) organizację i dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,
 - g) organizację i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy,
 - h) drugą krajową opinię medyczną,
 - i) badania profilaktyczne,
 - j) infolinię medyczną związaną z chorobami i o hospicjach oraz infolinię doradca w chorobie;
 - 2) **Pakiet Choroby Krążenia** – w przypadku zawału serca albo udaru mózgu:
 - a) konsultację telefoniczną lub wideokonsultację medyczną,
 - b) pomoc medyczną (pomoc psychologa, wizyta pielęgniarska po hospitalizacji, transport medyczny, konsultacje dietetyka, dostarczenie leków),
 - c) pomoc domową po hospitalizacji,
 - d) zakwaterowanie osoby towarzyszącej,
 - e) rehabilitację,
 - f) organizację i dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego,

- g) drugą krajową opinię medyczną,
 - h) badania profilaktyczne,
 - i) infolinię medyczną związaną z chorobami i o hospicjach oraz infolinię doradca w chorobie.
4. Świadczenia z tytułu assistance medycznego realizowane są wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 5. Do świadczeń z tytułu assistance medycznego uprawniony jest Ubezpieczony, któremu Towarzystwo przyznało świadczenie, o którym mowa, w ramach ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia.
 6. Z tytułu ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu maksymalnie przez 12 miesięcy, za wyjątkiem świadczeń, o których mowa w ust. 7.
 7. W razie potrzeby skorzystania z pomocy psychologa w związku wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w ramach ubezpieczenia na wypadek nowotworów oraz chorób układu krążenia Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Towarzystwo w ciągu 180 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego. Usługi infolinii medycznej oraz infolinii doradca w chorobie nie są limitowane.
 8. Zakres assistance medycznego nie obejmuje kosztów świadczeń powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacji w przypadku chorób wymagających stałego leczenia lub opieki medycznej;
 - 2) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Alarmowego.
 9. Ponadto z zakresu odpowiedzialności wyłączone są:
 - 1) koszty świadczeń realizowanych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) leczenie oraz transport, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) koszty poniesione przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia Centrum Alarmowego;
 - 4) następstwa zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
 10. W celu skorzystania ze świadczenia assistance medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Alarmowym i podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) dokładny adres miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL bądź numer wnioskopolisowy lub polisy;
 - 4) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą;
 - 5) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
 11. Ponadto Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) nie zlecać innym podmiotom wykonania czynności objętych zakresem assistance medycznego, z zastrzeżeniem ust. 12;
 - 2) współdziałać z pracownikiem Centrum Alarmowego w zakresie niezbędnym do realizacji świadczenia.
 12. W przypadku gdy Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełnienia świadczenia w terminie określonym dla danej usługi (w razie braku innych uzgodnień między Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym co do terminu wykonania świadczenia) lub wyrazi zgodę na wykonanie na rzecz Ubezpieczonego tego świadczenia przez inny podmiot lub osobę, wówczas Ubezpieczonemu przysługuje prawo wystąpienia do Towarzystwa, poprzez Centrum Alarmowe, z wnioskiem o refundację poniesionych kosztów, z zastrzeżeniem ust. 13 i 15.
 13. Wniosek o refundację poniesionych kosztów należy przesać na adres Centrum Alarmowego.
 14. Dokumentacja, o której mowa w ust. 13, powinna zawierać:
 - 1) numer wnioskopolisowy lub polisy;
 - 2) szczegółowy opis okoliczności zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) oryginał lub kserokopię dokumentacji medycznej dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego, zawierającą diagnozę oraz zalecone leczenie;
 - 4) rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią Centrum Alarmowemu określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego

na wykonanie danego świadczenia przez inny podmiot lub osobę niż Centrum Alarmowe.

Rodzaje i wysokości świadczeń – Pakiet Onkologiczny

W przypadku nowotworu złośliwego lub nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym (in situ) Ubezpieczony może skorzystać z następujących świadczeń:

1. Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna z lekarzem specjalistą

- a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z lekarzem specjalistą;
- b) Ubezpieczonemu przysługuje 1 konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna, według wyboru Ubezpieczonego, z lekarzem specjalistą. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
- c) czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym. Świadczenie realizowane jest w dni robocze, według wyboru Ubezpieczonego, w formie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji;
- d) przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Ubezpieczony może przesłać lekarzowi specjaliście drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia;
- e) lekarz udzielający konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej po tej konsultacji może przesłać Ubezpieczonemu drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone przez siebie badania.

2. Pomoc psychologa

- a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa (koszty wizyty + koszty transportu);
- b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

3. Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji

- a) w przypadku gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje opieki pielęgniarskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - i. wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczenia terapeutyczne, okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, wykonanie zastrzyku, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego,
 - ii. wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiar ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego;
- b) świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w lit. a;
- c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 4 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

4. Pomoc domowa po hospitalizacji

- a) gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje pomocy w domu, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
- b) zakres świadczenia pomocy domowej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - i. utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej i ewentualnie brodzika, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej,
 - ii. przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków),

- iii. robienie zakupów niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności,
 - iv. podlewanie kwiatów,
 - v. wyrzucanie śmieci;
 - c) zakupy, o których mowa w lit b, realizowane są w miejscach wskazanych przez Ubezpieczonego w odległości nie większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
 - d) świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów;
 - e) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
- 5. Transport medyczny**
- a) w przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Ubezpieczonego z jego miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej, odpowiednio wyposażonej do udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej, oraz transportu powrotnego Ubezpieczonego do jego miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego nie więcej niż do 350 km, z zastrzeżeniem lit. b;
 - b) Towarzystwo nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim wypadku lekarz Centrum Alarmowego wyjaśni Ubezpieczonemu przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z Ubezpieczonym sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego;
 - c) decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Alarmowe po konsultacji z lekarzem Ubezpieczonego, uwzględniając stan zdrowia Ubezpieczonego, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu;
 - d) w celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Centrum Alarmowemu dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia;
 - e) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
- 6. Konsultacja dietetyka**
- a) gdy powstanie konieczność konsultacji dietetyka, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i o dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej);
 - b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
- 7. Dostarczenie leków**
- a) gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Ubezpieczonego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego;
 - b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
 - c) świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów leków.
- 8. Zakwaterowanie osoby towarzyszącej**
- a) gdy podczas hospitalizacji Ubezpieczonego (minimum 24 godziny) powstanie konieczność zakwaterowania osoby towarzyszącej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania osoby towarzyszącej wskazanej przez Ubezpieczonego (nocleg z wliczonym śniadaniem) w hotelu znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego (kategoria do trzech gwiazdek);
 - b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych, po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
- 9. Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego**
- a) gdy zgodnie ze wskazaniami lekarza Ubezpieczonego powinien Ubezpieczony używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Ubezpieczonemu do jego miejsca zamieszkania sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu Ubezpieczonego do miejsca zakupu, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem;
 - b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
 - c) świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu rehabilitacyjnego.
- 10. Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy**
- a) gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami lekarza Centrum Alarmowego powstanie konieczność używania przez Ubezpieczonego peruki lub protezy, Centrum Alarmowe zorganizuje i dofinansuje zakup zalecanej peruki lub protezy;
 - b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
 - c) świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki lub protezy.
- W odniesieniu do pkt 2–10, w ramach Pakietu Onkologicznego Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń nieprzekraczających kwoty 7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia.
- 11. Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji**
- a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje Ubezpieczonemu transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
 - b) Ubezpieczony może wykorzystać maksymalnie kwotę 1500 zł na organizację i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji. Limit ten nie odnawia się;
 - c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.
- 12. Druga krajowa opinia medyczna**
- a) w drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Alarmowe zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Ubezpieczonemu i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta praktykującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego leczenia;
 - b) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta maksymalnie do kwoty 50 000 zł. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
 - c) pisemna opinia, o której mowa w pkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz sposobu leczenia na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji i zawiera:
 - i. opis historii choroby Ubezpieczonego,
 - ii. opinię lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - iii. propozycje dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez lekarza konsultanta,
 - iv. informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną;
 - d) Ubezpieczony powinien przekazać do Centrum Alarmowego dokumentację potrzebną do realizacji świadczenia, zawierającą informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej, o której mowa w zdaniu powyższym, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana;
 - e) świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.

13. Badania profilaktyczne

- a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty podstawowej diagnostyki (morfologia, cytologia, PSA);
- b) Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie zorganizowania badania i pokrycia jego kosztów raz w roku ubezpieczeniowym. Limit tego świadczenia nie odnawia się.

Rodzaje i wysokości świadczeń – Pakiet Choroby Krążenia

W przypadku zawału serca albo udaru mózgu Ubezpieczony może skorzystać z następujących świadczeń:

1. Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna z lekarzem specjalistą

- a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z lekarzem specjalistą;
- b) Ubezpieczonemu przysługuje jedna konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna z lekarzem specjalistą, według wyboru Ubezpieczonego. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
- c) czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym. Świadczenie realizowane jest w dni robocze, według wyboru Ubezpieczonego, w formie konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji;
- d) przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Ubezpieczony może przesłać lekarzowi specjaliście drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia;
- e) lekarz udzielający konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej po tej konsultacji może przesłać Ubezpieczonemu drogą mailową lub w inny uzgodniony sposób recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone przez siebie badania.

2. Pomoc psychologa

- a) Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty u psychologa (koszty wizyty + koszty transportu);
- b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

3. Wizyta pielęgniarska po hospitalizacji

- a) gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje opieki pielęgniarskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - i. wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, wykonania zastrzyku, podawania leków – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego,
 - ii. wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia i tętna, wagi – zgodnie z zaleceniem lekarza Ubezpieczonego;
- b) świadczenie wizyty pielęgniarskiej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów materiałów lub lekarstw używanych przy wykonywaniu czynności, o których mowa w lit. a);
- c) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 4 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

4. Pomoc domowa po hospitalizacji

- a) gdy Ubezpieczony był hospitalizowany co najmniej 2 doby i po zakończeniu hospitalizacji potrzebuje pomocy w domu, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
- b) zakres świadczenia pomocy domowej po hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - i. utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej i ewentualnie brodzika, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej,
 - ii. przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która

ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków),

- iii. robienie zakupów niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności,
- iv. podlewanie kwiatów,
- v. wyrzucanie śmieci;
- c) zakupy, o których mowa w lit. b, realizowane są w miejscach wskazanych przez Ubezpieczonego, w odległości nie większej niż 50 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
- d) świadczenie pomocy domowej po hospitalizacji nie obejmuje pokrycia kosztów zakupów;
- e) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych, po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

5. Transport medyczny

- a) w przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Ubezpieczonego z jego miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej, odpowiednio wyposażonej do udzielenia Ubezpieczonemu pomocy medycznej, oraz transportu powrotnego Ubezpieczonego do jego miejsca zamieszkania, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego, nie więcej niż do 350 km z zastrzeżeniem lit. b);
- b) Towarzystwo nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz Centrum Alarmowego wyjaśni Ubezpieczonemu przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z Ubezpieczonym sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego;
- c) decyzyj o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Alarmowe po konsultacji z lekarzem Ubezpieczonego, uwzględniając stan zdrowia Ubezpieczonego, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu;
- d) w celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia Centrum Alarmowemu dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia;
- e) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

6. Konsultacja dietetyka

- a) gdy powstanie konieczność konsultacji dietetyka, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i o dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej);
- b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

7. Dostarczenie leków

- a) gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Ubezpieczonego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego;
- b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
- c) świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów leków.

8. Zakwaterowanie osoby towarzyszącej

- a) gdy podczas hospitalizacji Ubezpieczonego (minimum 24 godziny) powstanie konieczność zakwaterowania osoby towarzyszącej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania osoby towarzyszącej wskazanej przez Ubezpieczonego (nocleg z wliczonym śniadaniem) w hotelu znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego (kategoria do trzech gwiazdek);
- b) Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych, po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

9. Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego

- gdy zgodnie ze wskazaniami lekarza Ubezpieczonego Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Ubezpieczonemu do jego miejsca zamieszkania sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu Ubezpieczonego do miejsca zakupu, w sytuacji gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem;
- Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym;
- świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu rehabilitacyjnego.

W odniesieniu do pkt 2–9 w ramach pomocy medycznej Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń nieprzekraczających kwoty 7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia.

10. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji

- Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub zorganizuje Ubezpieczonemu transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- Ubezpieczony może wykorzystać maksymalnie kwotę 1500 zł na organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji. Powyższy limit nie odnawia się;
- Centrum Alarmowe zobowiązuje się do realizacji tego świadczenia w terminie 2 dni roboczych po uprzednim kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Alarmowym.

11. Druga krajowa opinia medyczna

- w drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Alarmowe zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Ubezpieczonemu i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta praktykującego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej będącego specjalistą w danej dziedzinie w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia;
- Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów sporządzenia pisemnej opinii lekarza konsultanta maksymalnie do kwoty 50 000 zł. Limit tego świadczenia nie odnawia się;
- pisemna opinia, o której mowa w pkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz sposobu leczenia na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji i zawiera:
 - opis historii choroby Ubezpieczonego,
 - opinię lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia,
 - proponycje dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą zalecanego przez lekarza konsultanta,
 - informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną;
- Ubezpieczony powinien przekazać do Centrum Alarmowego dokumentację potrzebną do realizacji świadczenia, zawierającą informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego. W przypadku nieprzekazania przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej, o której mowa w zdaniu powyższym, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana;
- świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.

12. Badania profilaktyczne

- Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty podstawowej diagnostyki (morfologia, cytologia, PSA);
- Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów raz w roku ubezpieczeniowym. Limit tego świadczenia nie odnawia się.

Rodzaje świadczeń – infolinia medyczna

Dodatkowo Ubezpieczony może skorzystać z następujących świadczeń:

1. Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach

Centrum Alarmowe oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Ubezpieczonemu ogólnej informacji na temat:

- placówek hospicyjnych, w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Ubezpieczonego,
- zasad występowania o opiekę hospicyjną,
- możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych,
- fundacji onkologicznych.

2. Infolinia doradca w chorobie

Świadczenie polega na możliwości uzyskania informacji o: badaniach, jakie należy wykonać w celu potwierdzenia lub wykluczenia choroby, możliwościach i sposobach leczenia, szpitalach specjalizujących się w leczeniu danej choroby, a także o tym, co należy zrobić w przypadku diagnozy choroby.

Tabela nr 3 – Assistance medyczny

1. Pakiet onkologiczny:

Świadczenie assistance	Czynności Centrum Alarmowego	Limity
Druga krajowa opinia medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	50 000 zł
Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz
Pomoc psychologa	organizacja i pokrycie kosztów	7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia
Pomoc domowa po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Wizyta pielęgniarki po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów	
Zakwaterowanie osoby towarzyszącej	organizacja i pokrycie kosztów	
Konsultacja dietetyka	organizacja i pokrycie kosztów	
Dostarczenie leków	organizacja i pokrycie kosztów	
Organizacja i transport sprzętu rehabilitacyjnego	organizacja i pokrycie kosztów	
Peruka/proteza	organizacja i pokrycie kosztów	
Rehabilitacja	organizacja i pokrycie kosztów	
Infolinia medyczna związana z chorobami i o hospicjach	infolinia	bez limitu
Infolinia doradca w chorobie	infolinia	bez limitu
Badania profilaktyczne – podstawowa diagnostyka, np.: morfologia, PSA, cytologia	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz w roku ubezpieczeniowym

2. Pakiet choroby krążenia

Świadczenie assistance	Czynności Centrum Alarmowego	Limity
Druga krajowa opinia medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	50 000 zł
Konsultacja telefoniczna lub wideokonsultacja medyczna	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz

Pomoc psychologa	organizacja i pokrycie kosztów	7000 zł łącznie na wszystkie zdarzenia
Pomoc domowa po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Wizyta pielęgniarki po hospitalizacji	organizacja i pokrycie kosztów	
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów	
Zakwaterowanie osoby towarzyszącej	organizacja i pokrycie kosztów	
Konsultacja dietytyka	organizacja i pokrycie kosztów	
Dostarczenie leków	organizacja i pokrycie kosztów	
Organizacja i transport sprzętu rehabilitacyjnego	organizacja i pokrycie kosztów	1500 zł
Rehabilitacja	organizacja i pokrycie kosztów	
Infolinia medyczna związana z chorobami i o hospicjach	infolinia	bez limitu
Infolinia doradca w chorobie	infolinia	bez limitu
Badania profilaktyczne – podstawowa diagnostyka, np.: morfologia, PSA, cytologia	organizacja i pokrycie kosztów	1 raz w roku ubezpieczeniowym

Pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu

§ 57

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na pobycie małżonka albo partnera życiowego w szpitalu.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu z powodu:
 - choroby;
 - nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem ust. 4–5 za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia, pod warunkiem że choroba czy nieszczęśliwy wypadek będące przyczyną pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu wystąpiły w okresie ubezpieczenia.
- Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 2% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, który to pobyt:
 - jest konsekwencją nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia,
 - jest pierwszym pobytem małżonka albo partnera życiowego w szpitalu spowodowanym danym nieszczęśliwym wypadkiem i
 - rozpoczął się nie później niż 14 dni po nieszczęśliwym wypadku.
- Jeżeli nieszczęśliwy wypadek u małżonka albo partnera życiowego zdarzył się przed początkiem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku 1% sumy ubezpieczenia.
- Świadczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu przysługują łącznie za nie więcej niż 180 dni w danym rocznym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku pobytu małżonka albo partnera życiowego w więcej niż jednym szpitalu w danym dniu przy ustalaniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
- W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wniosku polisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony

ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu pobytu małżonka albo partnera życiowego w szpitalu: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za pobyt małżonka albo partnera życiowego w szpitalu, jeżeli był on następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy lub terroru;
 - próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia małżonka albo partnera życiowego lub okaleczenia małżonka albo partnera życiowego na jego prośbę;
 - popętnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - choroby małżonka albo partnera życiowego zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - pozostawiania przez małżonka albo partnera życiowego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - kierowania pojazdem przez małżonka albo partnera życiowego bez wymaganych prawem uprawnień do kierowania pojazdem;
 - kierowania przez małżonka albo partnera życiowego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
 - wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
 - wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy małżonka lub partnera życiowego był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
 - działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego;
 - chirurgicznego leczenia otyłości;
 - zmiany płci, usunięcia ciąży, porodu i połoгу (za wyjątkiem komplikacji okołoporodowych lub komplikacji połoгу), sztucznego zapłodnienia, pozbawienia płodności;
 - pobrania narządów do przeszczepu lub tkanek do przeszczepu;
 - oparzeń pierwszego stopnia;
 - zabiegów medycyny estetycznej (z wyjątkiem tych, które są następstwem choroby nowotworowej lub nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - leczenia stomatologicznego (z wyjątkiem takiego, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa);
 - choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - wad wrodzonych i ich skutków;
 - poddania się eksperymentowi medycznemu.

Tabela nr 4 – procenty sumy ubezpieczenia w zależności od długości i powodu pobytu w szpitalu

1.	Pobyt w szpitalu w wyniku choroby	
	1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu	
2.	Pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	
	od 1. do 14. dnia pobytu w szpitalu	od 15. dnia pobytu w szpitalu
	2% sumy ubezpieczenia	1% sumy ubezpieczenia

Leczenie specjalistyczne

§ 58

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje specjalistyczne leczenie, które rozpoczęło się w okresie ubezpieczenia tj.:
 - 1) ablację;
 - 2) chemioterapię;
 - 3) dializoterapię;
 - 4) radioterapię;
 - 5) terapię interferonową;
 - 6) wszczepienie kardiowertera-defibrylatora;
 - 7) wszczepienie stymulatora serca (rozrusznika).
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia, które rozpoczęło się w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu specjalistycznego leczenia aktualnej w dniu:
 - 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii lub terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego;
 - 3) pierwszego wszczepienia kardiowertera-defibrylatora;
 - 4) pierwszego wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika);
 - 5) wykonania pierwszej ablacji;
 - 6) wykonania pierwszej dializoterapii.
4. W okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego leczenie specjalistyczne. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko leczenie specjalistyczne znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu leczenia specjalistycznego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego leczenie specjalistyczne (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za leczenie specjalistyczne, które powstało wskutek (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) chorób zdiagnozowanych, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 5 ostatnich lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia;
 - 2) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:
 - 1) chemioterapii – jeżeli zastosowano leki hormonalne z grupy L02, immunostymulacyjne z grupy L03 lub immunosupresyjne z grupy L04 klasyfikacji ATC jako metody leczenia nowotworu złośliwego;
 - 2) dializoterapii – dializoterapii czasowej stosowanej w niewydolności nerek, która ma charakter odwracalny;
 - 3) wszczepienia kardiowertera-defibrylatora – jeżeli zastosowano zabiegi repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego,
 - 4) wszczepienia stymulatora serca (rozrusznika) – jeżeli zastosowano zabiegi repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego.
7. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za pierwsze zastosowanie danego specjalistycznego leczenia wskazanego ust. 2, które powstało w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
8. W przypadku wypłaty świadczenia po:
 - 1) ablacji;
 - 2) chemioterapii albo radioterapii;
 - 3) dializoterapii;
 - 4) terapii interferonowej;
 - 5) wszczepieniu kardiowertera-defibrylatora;
 - 6) wszczepieniu stymulatora serca (rozrusznika)odpowiedzialność Towarzystwa dla tego specjalistycznego leczenia kończy się.

9. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego chemioterapii i radioterapii Towarzystwo wypłaci świadczenie tylko za jedno wymienione specjalistyczne leczenie.
10. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, w okresie pierwszych 3 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia, w przypadku leczenia specjalistycznego będącego następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu leczenia specjalistycznego: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim dniu miesiąca uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego leczenie specjalistyczne (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).

Inwalidztwo małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 59

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na trwałym inwalidztwie małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonego w tabeli trwałego inwalidztwa, stanowiącej załącznik nr 5 do OWU, procentu sumy ubezpieczenia z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego wystąpiło trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera życiowego, miał miejsce w okresie ubezpieczenia;
 - 2) trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku wystąpiło w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym inwalidztwem małżonka albo partnera życiowego istnieje związek przyczynowo-skutkowy.
4. Stopień (procent) trwałego inwalidztwa ustalany jest według stanu zdrowia małżonka albo partnera życiowego na dzień zakończenia procesu leczenia (z uwzględnieniem leczenia usprawniającego), chyba że możliwe jest wcześniejsze ustalenie bezspornego stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa, jednakże nie później niż z upływem 3 lat od dnia nieszczęśliwego wypadku.
5. W celu ustalenia stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa Towarzystwo ma prawo skierować małżonka albo partnera życiowego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Towarzystwo pokrywa koszty orzekania przez wskazanego lekarza oraz koszty zleconych dodatkowych badań medycznych.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego z tytułu danego nieszczęśliwego wypadku ograniczona jest do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
8. Decyzję odnośnie do stopnia (procentu) trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego i wypłaty świadczenia podejmuje Towarzystwo na podstawie:
 - 1) tabeli trwałego inwalidztwa, stanowiącej załącznik nr 5 do OWU, lub
 - 2) zgromadzonej dokumentacji medycznej, lub
 - 3) orzeczenia lekarskiego wydanego przez wskazanego lekarza.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który był następstwem (związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału małżonka albo partnera życiowego w aktach przemocy lub terroru;

- 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia małżonka albo partnera życiowego, lub okaleczenia małżonka albo partnera życiowego na jego prośbę;
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera życiowego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) choroby małżonka albo partnera życiowego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
- 5) pozostawania przez małżonka albo partnera życiowego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub leków na receptę nieprzepisanych przez lekarza bądź użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 6) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego pojazdem bez posiadania wymaganych prawem aktualnych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 7) kierowania przez małżonka albo partnera życiowego pojazdem niezarejestrowanym lub pojazdem bez ważnego dowodu rejestracyjnego lub ważnego badania technicznego – jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania okresowych badań technicznych;
- 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania przez małżonka albo partnera życiowego sportu lub aktywności fizycznych wysokiego ryzyka;
- 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym z wyjątkiem sytuacji, gdy małżonek albo partner życiowy był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów, zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu.

Urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną

§ 60

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka z wadą wrodzoną.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte jest urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka żywego z wadą wrodzoną.
3. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka z wadą wrodzoną w okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną.
4. Świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną zostanie wypłacone, o ile:
 - 1) wada wrodzona istniała w chwili urodzenia się żywego dziecka lub została zdiagnozowana do końca 3. roku życia dziecka;
 - 2) wada wrodzona znajduje się w katalogu wad wrodzonych, stanowiącym załącznik nr 4 do OWU.
5. W okresie pierwszych 10 miesięcy od dnia wskazanego we wnioskopolisie lub polisie jako początek okresu ubezpieczenia stosuje się karencję dla zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną. Jeśli Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że ryzyko urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną znajdowało się w zakresie ochrony danego Ubezpieczonego w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz zachowana została ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa w okresie karencji ograniczona jest do niższej z sum ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną: z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim miesiącu uczestnictwa w poprzedniej umowie ubezpieczenia) albo z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego urodzenie się dziecka z wadą wrodzoną (suma ubezpieczenia aktualna na dzień zajścia zdarzenia).
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka z wadą wrodzoną dotyczy tylko jednej wady wrodzonej u danego dziecka Ubezpieczonego.

Reklamacje i spory

§ 61

1. Będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającym, Ubezpieczonemu, Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, poszukującemu ochrony

ubezpieczeniowej oraz Uposażonemu, a także spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do wniesienia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w szczególności dotyczące ustalenia odpowiedzialności, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.

2. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej podmioty wskazane w ust. 1 niniejszego paragrafu.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1 niniejszego paragrafu, albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 Ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty osoby wskazanej w ust. 1 niniejszego paragrafu w jednostce, o której mowa w pkt 1 niniejszego paragrafu;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej:
 - na adres poczta@pocztowenazycie.pl,
 - poprzez stronę internetową: www.pocztowenazycie.pl.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację na piśmie. Wyłącznie na wniosek składającego reklamację Towarzystwo może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną.
5. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Składającemu reklamację, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku: nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji oraz niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację.
8. Na wniosek składającego reklamację, będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).

Postanowienia końcowe

§ 62

1. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.
2. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa dostępne jest w siedzibie Towarzystwa.
4. W zakresie niuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.

5. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU świadczenia przysługujące z tytułu Umowy opodatkowane są na zasadach wskazanych w:
 - 1) Ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (w odniesieniu do osób fizycznych) albo
 - 2) Ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych (w odniesieniu do osób prawnych).
6. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 60/2023 Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 13 października 2023 roku i wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2023 roku.

Załącznik nr 1 – Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku ma zastosowanie do następujących zdarzeń ubezpieczeniowych: Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, Trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego przejechaniem lub uderzeniem przez środek transportu w ruchu, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem z wysokości, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego upadkiem przedmiotów, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pożarem, porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego uderzeniem przez części ruchome maszyn i urządzeń, Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku przy pracy rolniczej spowodowanego pogryzieniem lub poturbowaniem przez zwierzęta gospodarskie.

Zdarzenie	Ocena uszczerbku
Głowa	
1. Uszkodzenie powłok czaszki:	
a) powłok bez ubytków kostnych (rozległe, ciągnące, szpecące blizny w zależności od rozmiaru, tkliwości i ruchomości blizny)	
– nieznaczne, poniżej 5 cm	1%
– średnie, od 5 cm do 10 cm	3%
– znaczne, powyżej 10 cm	5%
b) oskalpowanie	
– poniżej 25% skóry owłosionej	7%
– od 25% do 75% skóry owłosionej	15%
– całkowite oskalpowanie (powyżej 75% skóry owłosionej)	25%
2. Uszkodzenie kości czaszki:	
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienie, fragmentacje, szczeliny itp.)	5%
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5 cm ²	7%
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm ² lub większej	15%
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand mal (rodzaj i liczba napadów muszą być potwierdzone dokumentacją medyczną):	
– z częstymi napadami grand mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%
– z rzadkimi napadami grand mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%
4. Całkowita utrata mowy wskutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%
Twarz	
5. Uszkodzenie powłok twarzy:	
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	
– nieznaczne, poniżej 5 cm	1%
– średnie, od 5 cm do 10 cm	3%
– znacznie, powyżej 10 cm	5%
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%
6. Utrata nosa:	
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%
b) częściowa utrata nosa	5%
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%
8. Utrata częściowa korony zęba	0,5%
9. Całkowita utrata zuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%
10. Złamanie szczęki	5%
11. Złamanie zuchwy	5%
12. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%
13. Ubytek podniebienia	15%
14. Utrata języka:	
a) częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%
b) całkowita	50%

Narząd wzroku

15. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku w jednym oku lub obojgu oczach należy oceniać według tabeli. Ostrość wzroku ocenia się zawsze po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego

Procent uszczerbku	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	

16. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szklami:

- | | |
|----------------|-----|
| a) jednego oka | 15% |
| b) obojga oczu | 30% |

17. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:

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

18. Połowicze niedowidzenia:

- | | |
|-----------------------|-----|
| a) dwuskroniowe | 60% |
| b) dwunosowe | 30% |
| c) jednoimienne | 25% |
| d) jednoimienne górne | 10% |
| e) jednoimienne dolne | 40% |

Narząd słuchu

19. Utrata małżowiny usznej:

- | | |
|--------------|-----|
| a) całkowita | 10% |
| b) częściowa | 3% |

20. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5 kHz, 1 kHz i 2 kHz

Procent uszczerbku	Ubytek słuchu w uchu prawym				
	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	powyżej 70 dB	
Ubytek słuchu w uchu lewym	0–25 dB	0	5	10	20
	26–40 dB	5	15	20	30
	41–70 dB	10	20	30	40
	powyżej 70 dB	20	30	40	50

Szyja i jej narządy

- | | |
|--|-----|
| 21. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji | 10% |
| 22. Uszkodzenie krtani z jej zwężeniem: | |
| a) niewymagające stosowania stałej rurki tchawiczej | 10% |
| b) wymagające stosowania stałej rurki tchawiczej | 35% |
| 23. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem | 20% |
| 24. Uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń szyi – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy | 2% |
| 25. Uszkodzenia przełyku: | |
| a) powodujące trudności w odżywianiu | 10% |
| b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami | 30% |
| c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową | 80% |

Klatka piersiowa i jej narządy	
26. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)	10%
27. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)	25%
28. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro	1,5%
29. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście	5%
30. Całkowita utrata jednego płuca	40%
31. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.)	3%
32. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płąt	15%
33. Uszkodzenie serca:	
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany	30%
b) bez przerywania ciągłości jego ściany	10%
Jama brzuszna	
34. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	8%
35. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
36. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
37. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a) jelita cienkiego	35%
b) jelita grubego	25%
38. Uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60%
39. Przetoka okołoodbytnicza	10%
40. Całkowite usunięcie śledziony	15%
41. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
42. Uszkodzenie trzustki powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20%
Narządy moczowo-płciowe	
43. Całkowita utrata jednej nerki	40%
44. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20%
45. Całkowita utrata prącia	40%
46. Całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
47. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40%
48. Całkowita utrata macicy, do 50. roku życia	40%
49. Całkowita utrata macicy, powyżej 50. roku życia	20%
50. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	5%
51. Uszkodzenie pęcherza moczowego (zmniejszenie pojemności, zaburzenia w oddawaniu moczu, przewlekłe stany zapalne)	3%
52. Zwężenia cewki moczowej	5%
53. Pourazowy wodniak jądra	2%
54. Częściowa utrata prącia	10%
55. Uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy (ubytki, deformacje)	3%
Całkowita fizyczna utrata	
56. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	75%
b) staw barkowy wraz z łopatką	80%
c) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
d) w obrębie przedramienia	55%
e) na poziomie nadgarstka	50%
f) w obrębie ramienia z zachowaniem 1/3 bliższej kości ramiennej	60%
57. Kciuk:	
a) w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15%
b) utrata jednego paliczka	5%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca z uszkodzeniem kości	2%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca bez uszkodzenia kości	1%

58. Palec wskazujący:	
a) w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7%
b) utrata jednego lub dwóch paliczków	3%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca z uszkodzeniem kości	2%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki bez uszkodzenia kości	1%
59. Inny palec dłoni:	
a) w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
b) utrata jednego lub dwóch paliczków	2%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca z uszkodzeniem kości	1,5%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palca bez uszkodzenia kości	1%
60. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	75%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c) w obrębie podudzia	50%
d) stopa w całości	40%
e) stopa z wyłączeniem pięty	30%
f) utrata stopy na poziomie stawu Choparta	30%
g) utrata stopy w stawie Lisfranca	20%
h) utrata stopy w obrębie kości śródstopia	15%
61. Paluch:	
a) w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
b) utrata jednego paliczka	3%
c) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha z uszkodzeniem kości	2%
d) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha bez uszkodzenia kości	1%
62. Inne palce stopy:	
a) inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%
b) częściowa utrata palca stopy na wysokości paliczka środkowego (za każdy palec)	1%
c) opuszki palca stopy	0,5%
Całkowita i trwała utrata władzy	
63. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	65%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c) w obrębie przedramienia	45%
d) na poziomie nadgarstka	40%
64. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
65. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
66. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
67. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	65%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c) w obrębie podudzia	40%
d) stopa w całości	30%
e) stopa z wyłączeniem pięty	20%
68. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
69. Inne palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy – złamania	
70. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
71. Złamanie blaszki granicznej kręgu (za każdy krąg)	1%
72. Złamania wyrostków poprzecznych i ościстых oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
73. Złamanie kości krzyżowej	4%
Narząd ruchu – złamania	
74. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej i kości krzyżowej):	
a) wieloodłamowe otwarte	25%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamania wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
75. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	16%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%

76. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	12%
b) inne złamania otwarte	10%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	5%
77. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka:	
a) wieloodłamowe otwarte	10%
b) inne złamania otwarte	8%
c) inne złamanie wieloodłamowe	6%
d) inny rodzaj złamania	4%
78. Złamania kości palców dłoni (z wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródreżcza:	
a) wieloodłamowe otwarte	5%
b) inne złamanie otwarte	4%
c) inne złamanie wieloodłamowe	3%
d) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%
Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej	
79. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
80. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
81. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
82. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2–6 cm	10%
b) powyżej 6 cm	25%
83. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
84. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
85. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%
Wytworzenie stawu rzekomego	
86. Staw rzekomy kości udowej	25%
87. Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
88. Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
89. Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
90. Staw rzekomy obojczyka	15%
91. Staw rzekomy kości ramieniowej	25%
92. Staw rzekomy kości promieniowej	15%
93. Staw rzekomy kości łokciowej	10%
94. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%
Uwaga: Łączny procent uszczerbku stwierdzony na podstawie poz. 63–69 i 74–94 nie może być wyższy niż procent uszczerbku przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 56–62 powyższej tabeli.	
Oparzenia	
95. Oparzenia – wyłącznie II i III stopnia:	
a) obejmujące od 1% do 2% powierzchni ciała	2%
b) obejmujące od 3% do 5% powierzchni ciała	3%
c) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
d) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	30%
e) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%
Urazy narządu ruchu (zwichnięcia, skręcenia i rany cięte)	
96. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
– I stopnia	1%
– II stopnia	3%
– III stopnia	5%
97. Zwichnięcie stawu:	
a) krzyżowo-biodrowego	4%
b) łopatkowo-ramiennego z wyłączeniem zwichnięć nawykowych	4%
98. Zwichnięcie, skręcenie stawu łokciowego	3%
99. Zwichnięcie, skręcenie w obrębie kości nadgarstka	2%
100. Zwichnięcie, skręcenie stawów międzypaliczkowych lub śródreżczo-paliczkowych	1%
101. Zwichnięcie lub skręcenie stawu biodrowego (nie obejmuje zwichnięcia i skręcenia protezy stawu biodrowego)	4%
102. Zwichnięcie lub skręcenie stawu kolanowego	4%
103. Zwichnięcie rzepki	3%
104. Skręcenie lub zwichnięcie w stawie skokowym lub w obrębie stopy bądź w stawie skokowym i obrębie stopy	3%
105. Zwichnięcie kciuka lub palucha	2%

106. Zwichnięcie palców (stóp i dłoni), za każdy palec od II do V	1%
107. Rany cięte, szarpane:	
a) dłoni i stóp, powyżej 4 cm długości	2%
b) innych części ciała, powyżej 4 cm długości (nie dotyczy głowy, twarzy, dłoni i stóp)	1%
108. Zwichnięcie, skręcenie odcinka szyjnego lub piersiowego kręgosłupa	3%
109. Zwichnięcie, skręcenie kręgosłupa lędźwiowego	2%
110. Urazy tkanek miękkich:	
a) zerwanie ścięgna Achillesa	3%
b) ubytek mięśni ramienia powyżej 1% powierzchni ciała oraz uszkodzenie ścięgien	3%
c) ubytek mięśni przedramienia powyżej 1% powierzchni ciała oraz uszkodzenie ścięgien	3%
d) ubytek mięśni nadgarstka powyżej 1% powierzchni ciała oraz uszkodzenie ścięgien	3%
e) ubytek mięśni palców dłoni i stóp	2%
f) ubytek mięśni stawu biodrowego powyżej 1% powierzchni ciała	4%
g) ubytek mięśni uda powyżej 1% powierzchni ciała	3%
h) ubytek mięśni podudzia powyżej 1% powierzchni ciała	3%
i) ubytek mięśni okolicy stępu i śródstopia powyżej 1% powierzchni ciała	2%
j) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni ramienia lub barku	3%
k) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni przedramienia	2%
l) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni uda	3%
ł) zerwanie lub częściowe zerwanie mięśni podudzia	2%
111. Uszkodzenie naczyń krwionośnych (tętnice, żyły, włosniczki), mięśni, nerwów	2%

Załącznik nr 2 – Tabela uszczerbków na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

Ocena uszczerbku po udarze mózgu	Ocena uszczerbku
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (wg skali Lovetta lub skali Ashwortha):	
a) porażenie połowiczne, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100%
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
d) nieznacznego stopnia (nieвелиki, dyskretny) niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35%
e) porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90%
– lewej	60–80%
f) niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90%
– lewej	60–80%
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	50–60%
– lewej	40–50%
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha):	
– prawej	30–50%
– lewej	20–40%
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	10–30%
– lewej	5–20%
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50%
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40%
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25%
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15%
Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg punktu 7, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładów pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 1j do 1m, oddzielnie dla każdej kończyny.	
Skala Lovetta	
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 za pomocą odcinka ruchomego i przy jego odciążeniu – 20% prawidłowej siły mięśniowej	
3° zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej	
4° zdolność do wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej	
5° prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej	
Skala Ashwortha	
1° brak wzmożonego napięcia mięśniowego	
2° nieznacznego wzrostu napięcia mięśniowego występującego w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny	
3° bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu	
4° wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny, trudny do wykonania	
5° sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania	
2. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80%
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40%
d) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20%
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10%
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	41–80%
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40%
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretno 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	30–40%
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc	20–30%
c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc	10–20%
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10%
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna, względnie szpitalna, potwierdzająca rozpoznanie ustalone przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu), ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 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 znacznie utrudniające lub 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	25–50%
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego 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 adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
a) utrwalone skargi subiektywne związane 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 mimo leczenia)	1–5%
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20%
7. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100%
b) afazja całkowita motoryczna	60%
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59%
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39%
e) afazja nieznaczного stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19%
8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnętrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30%
9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35%
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11–20%
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10%
d) z zaburzeniami akomodacji lub innymi zaburzeniami czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10%
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10%
b) ruchowe	1–10%
c) czuciowo-ruchowe	3–20%
11. Uszkodzenie nerwu twarzewego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20%
b) obwodowe częściowe, w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19%
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10%
Uwaga: Uszkodzenie centralne nerwu twarzewego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, należy oceniać wg poz. 1 lub 5.	
12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów: językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5–10%
b) średniego stopnia	10–25%
c) dużego stopnia	25–50%
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego: w zależności od stopnia uszkodzenia	3–15%
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego: w zależności od stopnia uszkodzenia	5–20%
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg punktu 5.	

Ocena uszczerbku po zawale mięśnia sercowego	Ocena uszczerbku
Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi zostać 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 z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.	
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5%
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6–15%
c) II klasa NYHA, EF 45–55%, 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16–25%
d) III klasa NYHA, EF 35–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26–55%
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56–90%

Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja nowojorskiego towarzystwa kardiologicznego wyróżniająca następujące stany czynnościowe serca:

Klasa I – choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II – choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa III – choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa IV – choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory

Frakcja wyrzutowa lewej komory to objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.

Definicja równoważnika metabolicznego – MET (stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej)

Równoważnik metaboliczny MET jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu (ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę). MET-y 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.

Załącznik nr 3 – Tabela operacji chirurgicznych

Lp.	Lista operacji	Kategoria
Operacje serca i osierdza		
1.	Przeszczep serca	1
2.	Przeszczep płuc i serca	1
3.	Korekcja całkowita zespołu Fallota	1
4.	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
5.	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	1
6.	Korekcja całkowita przełożenia wielkich pni tętniczych	1
7.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego	1
8.	Wytworzenie połączenia prawa komora – tętnica płucna	1
9.	Wytworzenie połączenia lewa komora – aorta	1
10.	Wytworzenie połączenia przedsionek – tętnica płucna	1
11.	Zamknięta walwulotomia	1
12.	Otwarta walwulotomia	1
13.	Otwarta walwuloplastyka bez wymiany zastawki	1
14.	Wymiana zastawki serca	1
15.	Wytworzenie ubytku przegrody serca	1
16.	Zamknięcie ubytku przedsionkowego	1
17.	Zamknięcie ubytku międzykomorowego	1
18.	Przezkórna walwuloplastyka	2
19.	Przezkórne zamknięcie przewodu Botalla	2
20.	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
21.	Operacja nitek ścięgnistych serca	2
22.	Annuloplastyka serca	2
23.	Operacja beleczek mięśniowych serca	2
24.	Operacja innych struktur związanych bezpośrednio z zastawkami serca	2
25.	Kardiotomia	2
26.	Perikardiotomia	2
27.	Perikardiektomia i usunięcie zmiany osierdza	2
28.	Inna operacja serca wykonywana metodą otwartą w krążeniu pozaustrojowym	2
29.	Otwarte wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca w okolicy serca	2
30.	Założenie stałego rozrusznika serca	3
Operacje na naczyniach serca		
31.	Otwarta koronaroplastyka, otwarta angioplastyka naczyń wieńcowych	1
32.	Pomost aortalno-wieńcowy (bypass) – niezależnie od liczby naczyń poddanych zabiegowi	1
33.	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna – tętnica wieńcowa, niezależnie od liczby naczyń poddanych zabiegowi	1
34.	Pomost brzuszno-wieńcowy	1
35.	Wszczepienie tętnic dla rewaskularyzacji serca	1
36.	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	1
37.	Inne otwarte operacje na naczyniach wieńcowych	1
38.	Przezkórna śródnaczyniowa balonowa angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)	2
39.	Inna angioplastyka wieńcowa	2
40.	Artrektomia naczyń wieńcowych	2
41.	Przezkórna angioplastyka lub aterektomia naczyń przedmózgowych (zewnątrczaszkowych)	2
42.	Przezkórna angioplastyka lub aterektomia naczyń wewnątrzczaszkowych	2
43.	Przezkórne wprowadzenie stentów do tętnicy szyjnej	2
44.	Przezkórne wprowadzenie stentu do tętnicy przedmózgowej (zewnątrczaszkowej)	2
45.	Przezkórne wprowadzenie stentu do naczyń wewnątrzczaszkowych	2
46.	Wprowadzenie stentu/stentów do tętnicy wieńcowej	2
47.	Wprowadzenie stentów uwalniających lek do naczyń obwodowych	3
Operacje na naczyniach		
48.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące aorty	1
49.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń wewnątrzczaszkowych, mózgowych	1
50.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń głowy	1

51.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń szyi	1
52.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące naczyń płucnych	1
53.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy udowej	1
54.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy biodrowej	1
55.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy pachowej	1
56.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące tętnicy ramiennej	1
57.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące żyły głównej górnej	1
58.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową aorty	1
59.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń wewnątrzczaszkowych, mózgowych	1
60.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń głowy	1
61.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń szyi	1
62.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową naczyń płucnych	1
63.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy udowej	1
64.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy biodrowej	1
65.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy pachowej	1
66.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową tętnicy ramiennej	1
67.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową żyły głównej górnej	1
68.	Wprowadzenie wszczepu/sitka do żyły głównej	1
69.	Podwiązanie żyły głównej górnej/dolnej	1
70.	Tętnicze zespolenie systemowo-płucne	1
71.	Zespolenie żyły próżnej z tętnicą płucną	1
72.	Endarterektomia z embolektomią naczyń wewnątrzczaszkowych	2
73.	Endarterektomia z embolektomią naczyń głowy i szyi	2
74.	Endarterektomia z embolektomią naczyń kończyn obwodowych	2
75.	Endarterektomia z embolektomią aorty	2
76.	Endarterektomia z embolektomią tętnicy płucnej	2
77.	Endarterektomia z embolektomią tętnic brzusznych	2
78.	Endarterektomia z embolektomią naczyń klatki piersiowej	2
79.	Wycięcie naczynia z jego zespoleniem dotyczące innych naczyń	2
80.	Wycięcie tętniaka z wstawką naczyniową innych naczyń	2
81.	Podwiązanie i wycięcie żyłaków wewnątrzczaszkowych, mózgowych	2
82.	Podwiązanie i wycięcie żyłaków głowy i szyi	2
83.	Śródbrzuszne zespolenie żyłne	2
84.	Pomosty naczyniowe łączące aortę z innym naczyniem	2
85.	Podwiązanie i wycięcie żyłaków kończyny dolnej	3
86.	Podwiązanie i wycięcie innych żyłaków	3
87.	Inne zespolenie naczyniowe	3
88.	Inna operacja na naczyniach	3
89.	Inna operacja naprawcza wewnątrznaczyniowa	3
90.	Operacja naprawcza kłębka szyjnego, operacja naprawcza innych kłębków szyjnych	3
Operacje w zakresie układu oddechowego		
91.	Całkowite usunięcie krtani	1
92.	Rekonstrukcja tchawicy i wytworzenie sztucznej krtani	1
93.	Radykalne wycięcie krtani z układem chłonnym szyi (operacja Crile'a)	1
94.	Założenie stałej tracheostomii	1
95.	Całkowite usunięcie płuca	1
96.	Przeszczep płuca	1
97.	Częściowe wycięcie krtani	2
98.	Częściowe wycięcie tchawicy	2
99.	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki oskrzela	2
100.	Wycięcie oskrzela	2
101.	Zabieg chirurgiczny zmniejszenia objętości płuc	2
102.	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki płuca	2
103.	Segmentowa resekcja płuca	2
104.	Usunięcie płata płucnego	2
105.	Częściowe wycięcie opłucnej	2

106.	Otwarta operacja dotycząca przepony	2
107.	Wycięcie zmiany lub tkanki śródpiersia	2
108.	Wycięcie zmiany ze ściany klatki piersiowej z usunięciem żeber	2
109.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	3
110.	Wycięcie zmiany krtani metodą endoskopową	3
111.	Założenie czasowej tracheostomii	3
112.	Zamknięcie przetoki tchawicy	3
113.	Endoskopowe wycięcie zmiany lub tkanki oskrzela	3
114.	Plikacja pęcherza rozedmowego	3
115.	Endoskopowe wycięcie zmiany tkanki płuca	3
116.	Nacięcie oskrzela	3
117.	Nacięcie płuca	3
118.	Otwarta biopsja oskrzela	3
119.	Otwarta biopsja płuca	3
120.	Zamknięcie przetoki oskrzelowej	3
121.	Zamknięcie rany płuca	3
Zabiegi w zakresie układu pokarmowego		
122.	Całkowite wycięcie przełyku	1
123.	Przeszczep przełykowy	1
124.	Totalna śródbrzuszna kolektomia	1
125.	Wycięcie odbytnicy z wyłonieniem sztucznego odbytu	1
126.	Całkowite usunięcie wątroby	1
127.	Przeszczep wątroby	1
128.	Całkowite wycięcie trzustki	1
129.	Radykalne usunięcie trzustki i dwunastnicy	1
130.	Przeszczep trzustki	1
131.	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
132.	Operacyjne wycięcie zmiany przełyku	2
133.	Częściowe wycięcie przełyku	2
134.	Założenie stałej endoprotezy przełykowej	2
135.	Operacja przetoki przełykowej	2
136.	Częściowe wycięcie żołądka	2
137.	Całkowite usunięcie żołądka	2
138.	Operacyjne zaszywanie wrzodu żołądka	2
139.	Operacyjne zaszywanie wrzodu dwunastnicy	2
140.	Resekcja w obrębie jelita cienkiego	2
141.	Częściowe wycięcie jelita grubego	2
142.	Hemikolektomia prawostronna	2
143.	Hemikolektomia lewostronna	2
144.	Sigmoidektomia	2
145.	Wyłonienie jelita	2
146.	Kolostomia	2
147.	Ileostomia	2
148.	Enterostomia	2
149.	Wycięcie odbytnicy	2
150.	Wycięcie odbytu	2
151.	Nacięcie ropnia wątroby	2
152.	Usunięcie kamieni żółciowych z wątroby	2
153.	Wycięcie zmiany tkanki wątroby	2
154.	Częściowe wycięcie wątroby	2
155.	Miejscowe wycięcie zmiany trzustki	2
156.	Miejscowe wycięcie zmiany dróg trzustkowych	2
157.	Otwarty drenaż trzustki	2
158.	Częściowe wycięcie trzustki	2
159.	Nacięcie przełyku	3
160.	Wycięcie uchyłka przełyku	3

161.	Endoskopowe wycięcie zmiany przełyku	3
162.	Szycie rozerwania przełyku	3
163.	Operacyjne usunięcie zwężenia przełyku	3
164.	Podwiązanie żyłaków przełyku	3
165.	Gastrostomia	3
166.	Endoskopowe wycięcie zmiany żołądka	3
167.	Miejscowe wycięcie zmiany żołądka	3
168.	Otwarta biopsja żołądka	3
169.	Pyloromyotomia	3
170.	Pyloroplastyka	3
171.	Zespolecie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka	3
172.	Rewizja zespolenia żołądkowego	3
173.	Inna otwarta operacja żołądka	3
174.	Otwarta biopsja jelita cienkiego	3
175.	Endoskopowe wycięcie zmiany dwunastnicy	3
176.	Miejscowe wycięcie zmiany dwunastnicy	3
177.	Miejscowe wycięcie zmiany jelita cienkiego	3
178.	Endoskopowe wycięcie zmiany jelita grubego	3
179.	Miejscowe wycięcie zmiany jelita grubego	3
180.	Zespolenie jelitowe	3
181.	Rewizja przetoki jelitowej	3
182.	Zamknięcie przetoki jelitowej	3
183.	Ufiksowanie jelita	3
184.	Śródbrzuszne manipulacje w zakresie jelit	3
185.	Usunięcie wyrostka robaczkowego	3
186.	Nacięcie odbytnicy	3
187.	Wytworzenie przetoki odbytniczej	3
188.	Otwarta biopsja odbytnicy	3
189.	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy	3
190.	Nacięcie zwężenia odbytnicy	3
191.	Operacja przetoki okołoodbytniczej	3
192.	Wycięcie tkanek w okolicy odbytu	3
193.	Nacięcie lub wycięcie przetoki odbytu	3
194.	Miejscowe wycięcie zmiany okolicy odbytu	3
195.	Wycięcie hemoroidów	3
196.	Otwarta biopsja wątroby	3
197.	Cholecystostomia	3
198.	Otwarta biopsja pęcherzyka lub przewodu żółciowego	3
199.	Cholecystektomia	3
200.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych	3
201.	Nacięcie przewodu żółciowego celem usunięcia przeszkody	3
202.	Inne nacięcie przewodu żółciowego	3
203.	Miejscowe wycięcie zmiany przewodów żółciowych i zwieracza Oddiego	3
204.	Endoskopowe wycięcie zmiany przewodów żółciowych i zwieracza Oddiego	3
205.	Zabiegi naprawcze dróg żółciowych	3
206.	Zabiegi w zakresie przewodów żółciowych i zwieracza Oddiego	3
207.	Zabiegi przezskórne dróg żółciowych	3
208.	Pankreatektomia	3
209.	Otwarta biopsja trzustki	3
210.	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	3
211.	Jednostronna operacja przepukliny pachwinowej	3
212.	Dwustronna operacja przepukliny pachwinowej	3
213.	Jednostronna operacja przepukliny udowej	3
214.	Dwustronna operacja przepukliny udowej	3
215.	Operacja przepukliny pępkowej	3
216.	Operacja innych przepuklin przedniej ściany jamy brzusznej	3

217.	Operacja przepukliny przeponowej	3
218.	Operacja innej przepukliny	3
219.	Drenaż ściany jamy brzusznej	3
220.	Drenaż ropnia zewnątrzotrzewnowego	3
221.	Drenaż ropnia przestrzeni zaotrzewnowej	3
Operacje układu moczowego		
222.	Obustronne wycięcie nerki	1
223.	Przeszczepienie nerki	1
224.	Miejscowe wycięcie zmiany nerki	2
225.	Częściowe wycięcie nerki	2
226.	Całkowite wycięcie jednej nerki	2
227.	Całkowite wycięcie jednej nerki i moczowodu	2
228.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	2
229.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	2
230.	Nacięcie mięszu nerkowego (nefrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomii)	3
231.	Nacięcie miedniczki nerkowej i wytworzenie przetoki miedniczkowej	3
232.	Otwarta biopsja nerki	3
233.	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	3
234.	Zabiegi naprawcze nerki	3
235.	Nacięcie ujścia moczowodu	3
236.	Nacięcie moczowodu (ureterektomia)	3
237.	Całkowite wycięcie moczowodu	3
238.	Częściowe wycięcie moczowodu	3
239.	Otwarta biopsja moczowodu	3
240.	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
241.	Inne zespolenie lub przetoka moczowodu	3
242.	Zabiegi naprawcze moczowodu	3
243.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	3
244.	Podwiązanie moczowodu	3
245.	Rozszerzenie moczowodu	3
246.	Nacięcie pęcherza (cystostomia) z wytworzeniem przetoki pęcherzowej	3
247.	Zespolenie pęcherzowo-skrone (vesicostomia)	3
248.	Otwarta biopsja pęcherza moczowego	3
249.	Przecewkowe wycięcie lub zniszczenie tkanki pęcherza moczowego	3
250.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
251.	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	3
252.	Operacja innej przetoki pęcherzowej	3
253.	Plastyka pęcherza	3
254.	Plastyka cewki moczowej	3
255.	Plastyka szyi pęcherza	3
256.	Operacja wynicowania pęcherza moczowego	3
257.	Operacja powiększenia pęcherza moczowego	3
258.	Zespolenie pęcherza moczowego	3
259.	Operacja naprawcza pęcherza moczowego	3
260.	Nacięcie cewki moczowej	3
261.	Nacięcie ujścia cewki moczowej	3
262.	Wycięcie zmiany tkanek cewki moczowej	3
263.	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	3
264.	Usunięcie zwężenia cewki moczowej	3
265.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej (AUS)	3
266.	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	3
Operacje dotyczące męskich narządów płciowych		
267.	Wycięcie obu jąder	2
268.	Amputacja prącia	2
269.	Nacięcie ropnia stercza z drenażem	3
270.	Usunięcie kamieni sterczowych	3

271.	Otwarta biopsja stercza	3
272.	Otwarta biopsja pęcherzyków nasiennych	3
273.	Przeczewkowe wycięcie gruczołu krokowego	3
274.	Pozapęcherzowe wyluszczenie gruczolaka stercza	3
275.	Prostatektomia załonowa	3
276.	Prostatektomia radykalna	3
277.	Miejscowe wycięcie zmiany stercza	3
278.	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	3
279.	Przeczewkowe zniszczenie stercza	3
280.	Przeczewkowe rozszerzenie balonem części sterczowej cewki moczowej	3
281.	Operacje moszny i osłonki pochwowej jądra	3
282.	Wycięcie zmiany jądra	3
283.	Jednostronne wycięcie jądra	3
284.	Umocowanie jądra w mosznie (orchidopeksja)	3
285.	Wycięcie żyłaków powrózka nasiennego	3
286.	Wycięcie wodniaka powrózka nasiennego	3
287.	Wycięcie najądrzy	3
288.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	3
289.	Operacja naprawcza najądrza	3
290.	Wycięcie zmiany prącia	3
291.	Operacja naprawcza prącia	3
Operacje dotyczące żeńskich narządów płciowych		
292.	Wytrzewienie miednicy małej	1
293.	Obustronne usunięcie jajników	2
294.	Obustronne usunięcie jajników i jajowodów	2
295.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2
296.	Wycięcie macicy drogą pochwową	2
297.	Radykalne wycięcie macicy	2
298.	Radykalne wycięcie sromu	2
299.	Nacięcie jajnika	3
300.	Wycięcie zmiany jajnika/jajników	3
301.	Jednostronne usunięcie jajnika	3
302.	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu	3
303.	Zabiegi naprawcze jajnika	3
304.	Usunięcie zrostów jajnikowo-jajowodowych	3
305.	Przeszczep jajnika	3
306.	Uwolnienie skrętu jajnika	3
307.	Nacięcie jajowodu i utworzenie ujścia brzuszego	3
308.	Obustronne zamknięcie światła jajowodów	3
309.	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	3
310.	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	3
311.	Inne otwarte operacje jajowodów	3
312.	Konizacja szyjki macicy	3
313.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3
314.	Wycięcie zmiany szyjki macicy z plastyką pochwy	3
315.	Operacja niewydolności ujścia wewnętrznego szyjki macicy	3
316.	Operacja naprawcza pęknięcia szyjki macicy	3
317.	Wycięcie zmiany w zakresie macicy i/lub struktur ją podtrzymujących	3
318.	Usunięcie mięśniaka macicy	3
319.	Niecałkowite wycięcie macicy	3
320.	Zamknięcie przetoki macicy	3
321.	Operacja aparatu zawieszającego macicę	3
322.	Wycięcie zmiany pochwy	3
323.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	3
324.	Zamknięcie zatoki Douglasa	3
325.	Całkowite wycięcie pochwy	3

326.	Operacja uchyłka pęcherzowego lub odbytniczego pochwy	3
327.	Operacja uchyłka odbytniczego pochwy	3
328.	Odtworzenie pochwy	3
329.	Operacja przetoki pochwowej	3
330.	Zamknięcie (zwężenie) sklepienia pochwy	3
331.	Operacja gruczołów Bartholina	3
332.	Amputacja łechtaczki	3
333.	Wycięcie sromu	3
334.	Operacja przetoki sromu lub krocza	3
Operacje w zakresie szpiku i śledziony		
335.	Przeszczep szpiku kostnego	1
336.	Wycięcie zmiany śledziony	3
337.	Całkowite usunięcie śledziony	3
Operacja układu nerwowego		
338.	Hemisferektomia	1
339.	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	1
340.	Kraniotomia	2
341.	Kraniektomia	2
342.	Nacięcie mózgu i opon mózgowych	2
343.	Operacje na wzgórzu i gałce bladej	2
344.	Wycięcie zmiany opony mózgu	2
345.	Lobektomia	2
346.	Wycięcie tkanki mózgu	2
347.	Wycięcie zmiany w kościach czaszki	2
348.	Operacyjna plastyka kości czaszki	2
349.	Zeszycie opon mózgowych	2
350.	Wentrykulostomia	2
351.	Operacja tętniaka mózgu	2
352.	Operacja naczyniaka mózgu	2
353.	Wszczepienie stymulatora mózgu	2
354.	Eksploracja i dekompresja struktur kanału kręgowego	2
355.	Operacja naprawcza mózgu	3
356.	Nacięcie, rozdzielenie i wycięcie nerwów czaszkowych	3
357.	Nacięcie, rozdzielenie i wycięcie nerwów obwodowych	3
358.	Zniszczenie nerwu obwodowego	3
359.	Zniszczenie nerwu czaszkowego	3
360.	Odbarczenie nerwów czaszkowych	3
361.	Odbarczenie nerwów obwodowych	3
362.	Odbarczenie zwoju nerwowego	3
363.	Przeszczep nerwu obwodowego	3
364.	Przeszczep nerwu czaszkowego	3
365.	Przemieszczenie nerwu obwodowego	3
366.	Przemieszczenie nerwu czaszkowego	3
367.	Zespolenie nerwu czaszkowego	3
368.	Zespolenie nerwu obwodowego	3
369.	Sympatektomia	3
370.	Operacja naprawcza nerwu współczulnego lub zwoju	3
Operacje endokrynologiczne		
371.	Obustronne usunięcie nadnerczy	1
372.	Całkowite wycięcie przysadki	1
373.	Częściowe usunięcie tarczycy	2
374.	Całkowite usunięcie tarczycy	2
375.	Wycięcie przytarczyc	2
376.	Częściowe wycięcie przysadki	2
377.	Całkowite usunięcie grasicy	2
378.	Otwarta biopsja tarczycy	3

379.	Częściowe usunięcie nadnercza/nadnerczy	3
380.	Operacja naprawcza nadnercza	3
381.	Operacja szyszynki	3
382.	Częściowe usunięcie grasicy	3
Operacje okulistyczne		
383.	Wytrzewienie/wytuszczenie oczodołu	1
384.	Wytrzewienie/wytuszczenie gałki ocznej	2
385.	Wycięcie zmiany powieki	3
386.	Operacja korekcyjna opadania powiek	3
387.	Operacja korekcyjna przykurczu powiek	3
388.	Operacja korekcyjna podwiniętej lub wywiniętej powieki	3
389.	Rekonstrukcje powieki za pomocą płata/przeszczepu	3
390.	Wycięcie gruczołu łzowego	3
391.	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	3
392.	Wycięcie woreczka/dróg łzowych	3
393.	Wycięcie zmiany ze spojówki	3
394.	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	3
395.	Usunięcie zrostów spojówki/lub powiek	3
396.	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	3
397.	Usunięcie skrzydlika	3
398.	Wycięcie zmiany rogówki	3
399.	Operacje naprawcze rogówki	3
400.	Przeszczep rogówki	3
401.	Wycięcie tęczówki	3
402.	Wycięcie zmiany w zakresie tęczówki	3
403.	Wycięcie zmiany w zakresie ciała rzęskowego	3
404.	Wytworzenie przetoki twardówki	3
405.	Usunięcie zmiany twardówki	3
406.	Wewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	3
407.	Zewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	3
408.	Wszczepienie soczewki	3
409.	Usunięcie zmiany siatkówki	3
410.	Usunięcie zmiany naczyńówki	3
411.	Operacja naprawcza rozerwania siatkówki	3
412.	Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki z klamrowaniem twardówki i wszczepem	3
413.	Operacje mięśni okoruchowych	3
414.	Osteoplastyka lub dekompresja oczodołu	3
Operacje dotyczące ucha		
415.	Amputacja ucha zewnętrznego	3
416.	Operacje rekonstrukcyjne w zakresie ucha środkowego	3
417.	Mastoidektomia	3
418.	Wycięcie zmiany ucha środkowego	3
419.	Fenestracja ucha wewnętrznego	3
420.	Nacięcie, wycięcie i zniszczenie ucha wewnętrznego	3
421.	Wszczepienie elektromagnetycznej protezy słuchowej	3
422.	Wszczepienie protezy ślimaka	3
Operacje dotyczące nosa, jamy ustnej i gardła		
423.	Radykalne usunięcie języka	1
424.	Całkowite usunięcie języka	2
425.	Amputacja nosa	2
426.	Wycięcie małżowiny nosa	3
427.	Inne wycięcie zatoki nosa	3
428.	Podśluzówkowe wycięcie przegrody nosa	3
429.	Operacyjne nastawienie złamania nosa	3
430.	Wycięcie zatoki szczękowej	3
431.	Radykalna antrotomia zatoki szczękowej	3

432.	Wycięcie zmiany języka	3
433.	Częściowe wycięcie języka	3
434.	Wycięcie zmiany ślinianki	3
435.	Wycięcie ślinianki	3
436.	Rozległe operacyjne wycięcie zmiany podniebienia twardego	3
437.	Wycięcie migdałków podniebiennych	3
438.	Wycięcie migdałka gardłowego	3
439.	Wycięcie migdałka językowego	3
440.	Wycięcie zmiany w gardle	3
Operacje układu mięśniowo-szkieletowego		
441.	Spondylodeza pierwotna lub ponowna 2–3 kręgów	3
442.	Spondylodeza pierwotna lub ponowna 4–8 kręgów	2
443.	Spondylodeza pierwotna lub ponowna 9 lub więcej kręgów	1
444.	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	1
445.	Amputacja w zakresie ramienia	1
446.	Wyłuszczenie w stawie barkowym	1
447.	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	1
448.	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	1
449.	Amputacja powyżej kolana	1
450.	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	1
451.	Brzusno-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	1
452.	Replantacja uda	1
453.	Częściowe wycięcie zuchwy	2
454.	Operacyjne wycięcie krążka międzykręgowego	2
455.	Operacyjne usztywnienie kręgosłupa	2
456.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	2
457.	Całkowita endoproteza barku	2
458.	Amputacja i wyłuszczenie kciuka w stawie	2
459.	Amputacja w zakresie dłoni (przez nadgarstek)	2
460.	Wyłuszczenie dłoni w stawie	2
461.	Amputacja w zakresie przedramienia	2
462.	Amputacja w zakresie stopy	2
463.	Wyłuszczenie w stawie skokowym	2
464.	Amputacja stopy w zakresie kostek bocznych	2
465.	Amputacja poniżej kolana	2
466.	Replantacja kciuka	2
467.	Replantacja przedramienia	2
468.	Replantacja nadgarstka/dłoni	2
469.	Replantacja górnej części ramienia	2
470.	Replantacja stopy	2
471.	Replantacja dolnej części podudzia/kostki	2
472.	Częściowe wycięcie kości twarzy	3
473.	Operacje naprawcze w zakresie kości twarzy	3
474.	Przeszczep kostny kości twarzy	3
475.	Nacięcie, wycięcie i rozdzielenie innych kości	3
476.	Operacja w obrębie kości, z wyłączeniem kości twarzy	3
477.	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji	3
478.	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną	3
479.	Otwarte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji	3
480.	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną	3
481.	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości	3
482.	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości	3
483.	Otwarte nastawienie zwichnięcia	3
484.	Artroskopia	3
485.	Przecięcie torebki stawu	3
486.	Przecięcie ścięgna	3

487.	Przecięcie chrząstki	3
488.	Chemonukleoliza/zniszczenie laserem krążka międzykręgowego	3
489.	Wycięcie łąkotki kolana	3
490.	Całkowite wycięcie błony maziowej	3
491.	Częściowe wycięcie błony maziowej	3
492.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany stawu	3
493.	Powtórne operacyjne usztywnienie kręgosłupa	3
494.	Artrodeza i operacyjne ograniczenie ruchomości stopy	3
495.	Artrodeza i operacyjne ograniczenie ruchomości stawu skokowego	3
496.	Artrodeza innego stawu	3
497.	Zabiegi naprawcze w zakresie stawów kończyny dolnej	3
498.	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
499.	Operacja rewizyjna po endoprotezoplastyce stawu biodrowego	3
500.	Całkowita lub częściowa endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3
501.	Operacja rewizyjna po endoprotezoplastyce stawu kolanowego	3
502.	Całkowita lub częściowa endoprotezoplastyka stawu skokowego	3
503.	Endoprotezoplastyka stawów stopy/palców	3
504.	Operacja rewizyjna po wymianie innych określonych stawów kończyny dolnej	3
505.	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów ręki	3
506.	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów palców	3
507.	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów nadgarstka	3
508.	Częściowa endoproteza stawu barkowego	3
509.	Operacyjne leczenie nawykowego zwichnięcia barku	3
510.	Artroplastyka stawu barkowego	3
511.	Całkowita endoproteza stawu łokciowego	3
512.	Artroplastyka stawu łokciowego	3
513.	Częściowa endoproteza stawu łokciowego	3
514.	Operacja rewizyjna po endoprotezoplastyce stawu kończyny górnej	3
515.	Operacja na mięśni dłoni	3
516.	Operacja na ścięgnie dłoni	3
517.	Operacja na rozciągnięciu dłoniowym	3
518.	Operacje w zakresie mięśni, z wyjątkiem ręki	3
519.	Operacje w zakresie ścięgien, z wyjątkiem ręki	3
520.	Operacje w zakresie powięzi, z wyjątkiem ręki	3
521.	Operacje w zakresie kaletki, z wyjątkiem ręki	3
522.	Amputacja i wyluszczenie palca w stawie	3
523.	Amputacja palca stopy	3
524.	Replantacja palca	3
525.	Replantacja palucha	3
526.	Replantacja w zakresie kończyn – inna	3
527.	Rewizja kikuta po operacji	3
528.	Wszczepienie protezy kończyny	3
529.	Operacyjne wszczepienie urządzeń do układu mięśniowo-szkieletowego	3
Operacja powłok ciała		
530.	Mastektomia	2
531.	Wycięcie zmiany piersi	3
532.	Wycięcie brodawki sutkowej	3
533.	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	3
534.	Całkowita rekonstrukcja piersi	3
535.	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	3
536.	Wolny przeszczep skóry	3

Załącznik nr 4 – Tabela wad wrodzonych

Niniejszy załącznik określa następujące wady wrodzone oparte na ICD-10.

Q00	bezmózgowie i podobne wady rozwojowe,
Q01	przepuklina mózgowa,
Q02	małogłowcie,
Q03	wodogłowcie wrodzone,
Q04	inne wrodzone wady rozwojowe mózgu,
Q05	rozszczep kręgosłupa,
Q06	inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego,
Q07	inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego,
Q10	wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu,
Q11	bezocze, małoocze i wielkoocze,
Q12	wrodzone wady rozwojowe soczewki,
Q13	wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka,
Q14	wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka,
Q15	inne wrodzone wady rozwojowe oka,
Q16	wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu,
Q17	inne wrodzone wady rozwojowe ucha,
Q18	inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi,
Q20	wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych,
Q21	wrodzone wady rozwojowe przegród serca,
Q22	wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej,
Q23	wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej,
Q24	inne wrodzone wady rozwojowe serca,
Q25	wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic,
Q26	wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych,
Q27	inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego,
Q28	inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia,
Q30	wrodzone wady rozwojowe nosa,
Q31	wrodzone wady rozwojowe krtani,
Q32	wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli,
Q33	wrodzone wady rozwojowe płuc,
Q34	inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego,
Q35	rozszczep podniebienia,
Q36	rozszczep wargi,
Q37	rozszczep podniebienia wraz z rozszczeniem wargi,
Q38	inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani,
Q39	wrodzone wady rozwojowe przełyku,
Q40	inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego,
Q41	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego,
Q42	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego,
Q43	inne wrodzone wady rozwojowe jelit,
Q44	wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby,
Q45	inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego,
Q50	wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
Q51	wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
Q52	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
Q53	niezstąpienie jąder,
Q54	spodziectwo,
Q55	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich,
Q56	płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome,
Q60	niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej,
Q61	wielotorbielowatość nerek,
Q62	wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu,
Q63	inne wrodzone wady rozwojowe nerek,

Q64	inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego,
Q65	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego,
Q66	wrodzone zniekształcenia stopy,
Q67	wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej,
Q68	inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne,
Q69	palce dodatkowe,
Q70	zrost palców,
Q71	zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej,
Q72	zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej,
Q73	zniekształcenie zmniejszające kończyny, nieokreślone,
Q74	inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y),
Q75	inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy,
Q76	wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej,
Q77	dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa,
Q78	inne osteochondrodysplazje,
Q79	wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q80	wrodzona rybia łuska,
Q81	pęcherzowe oddzielanie naskórka,
Q82	inne wrodzone wady rozwojowe skóry,
Q83	wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych,
Q84	inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała,
Q85	choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy),
Q86	zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q87	inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów,
Q89	inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q90	zespół Downa,
Q91	zespół Edwardsa i zespół Patau,
Q92	inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q93	monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q95	zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q96	zespół Turnera,
Q97	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q98	inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q99	inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej.

Załącznik nr 5 – Tabela trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera życiowego

Lp.	Rodzaj trwałego inwalidztwa	Procent trwałego inwalidztwa
Narządy zmysłów		
1.	Utrata wzroku w obojgu oczach	100%
2.	Całkowita utrata słuchu	100%
3.	Utrata mowy	100%
4.	Utrata wzroku w jednym oku	50%
5.	Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Głowa		
6.	Utrata szczęki dolnej	50%
7.	Utrata szczęki górnej	40%
8.	Trwały niedowład w zakresie nerwu twarzowego	30%
9.	Oskalpowanie u kobiet	30%
10.	Oskalpowanie u mężczyzn	20%
11.	Utrata obu małżowin usznych	20%
12.	Trwałe blizny na twarzy o powierzchni powyżej 5 cm ² lub długości powyżej 15 cm	15%
13.	Utrata jednej małżowiny usznej	10%
Narząd ruchu		
14.	Utrata obu dłoni lub obu stóp	100%
15.	Utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion	100%
16.	Utrata jednej kończyny górnej i jednego podudzia	100%
17.	Utrata jednej dłoni i jednej stopy	100%
18.	Porażenie czterokończynowe	100%
19.	Uszkodzenie kręgosłupa z całkowitym porażeniem kończyn dolnych i zwieraczy	80%
20.	Całkowite porażenie kończyn dolnych	70%
21.	Całkowite porażenie kończyn górnych	60%
22.	Trwałe uszkodzenie miednicy upośledzające chodzenie	30%
23.	Zesztywnienie szyjnego odcinka kręgosłupa dotyczące minimum 3 kręgów szyjnych	25%
Kończyna górna		
24.	Całkowite porażenie w zakresie splotu barkowego	60%
25.	Amputacja jednego ramienia	60%
26.	Amputacja jednego przedramienia	50%
27.	Amputacja jednej dłoni	50%
28.	Zesztywnienie barku	35%
29.	Zesztywnienie w zakresie stawu łokciowego	30%
30.	Całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	25%
31.	Całkowite porażenie łokciowego	25%
32.	Zesztywnienie w zakresie stawu nadgarstkowego	25%
33.	Całkowite porażenie nerwu promieniowego w zakresie przedramienia	15%
34.	Amputacja kciuka	15%
35.	Zesztywnienie kciuka uniemożliwiające uchwyt	15%
36.	Amputacja każdego z palców dłoni (oprócz kciuka)	5%
Kończyna dolna		
37.	Utrata kończyny dolnej powyżej kolana	70%
38.	Całkowite porażenie w zakresie całej kończyny dolnej	60%
39.	Utrata kończyny dolnej poniżej kolana	60%
40.	Utrata stopy	50%
41.	Całkowite porażenie w zakresie nerwu udowego	40%
42.	Całkowite porażenie w zakresie nerwu kulszowego	40%
43.	Zesztywnienie w zakresie stawu biodrowego w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40%
44.	Zesztywnienie w zakresie stawu biodrowego w ustawieniu czynnościowo korzystnym	25%
45.	Zesztywnienie w zakresie stawu skokowego	25%
46.	Zesztywnienie w zakresie stawu kolanowego	20%
47.	Całkowite porażenie w zakresie stawu strzałkowego	15%

48.	Utrata dużego palca u stopy	10%
49.	Utrata każdego z palców u stopy (oprócz palucha)	4%
Klatka piersiowa i jama brzuszna		
50.	Amputacja nerki z cechami niewydolności drugiej nerki	75%
51.	Urazowe uszkodzenie zwieraczy odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	60%
52.	Uszkodzenie szkieletu kostnego klatki piersiowej skutkujące trwałą niewydolnością oddechową, potwierdzoną spirometrycznie i gazometrycznie	50%
53.	Uszkodzenie płuc i opłucnej skutkujące trwałą niewydolnością, potwierdzoną spirometrycznie i gazometrycznie	50%
54.	Uszkodzenie struktur serca wymagające interwencji kardiochirurgicznej	40%
55.	Uszkodzenie wątroby skutkujące trwałą niewydolnością narządu	40%
56.	Uszkodzenie trzustki skutkujące trwałą niewydolnością narządu	40%
57.	Uszkodzenie przełyku powodujące konieczność trwałego odżywiania się płynami	30%
58.	Amputacja gruczołu piersiowego u kobiety	30%
59.	Amputacja obu jąder	30%
60.	Amputacja obu jajników	30%
61.	Amputacja prząca	30%
62.	Amputacja jelita cienkiego obejmująca co najmniej 50% długości narządu, powodująca trwałe upośledzenie trawienia i stanu odżywiana	25%
63.	Uszkodzenie pęcherza moczowego lub cewki moczowej skutkujące trwałym nietrzymaniem moczu	25%
64.	Amputacja nerki bez cech niewydolności drugiej nerki	20%
65.	Trwałe blizny na skórze poza twarzą o powierzchni większej niż 30% powierzchni ciała	20%
66.	Amputacja jelita grubego obejmująca co najmniej 50% długości narządu i powodująca trwałe zaburzenie perystaltyki i formowania stolca	15%
67.	Uszkodzenie nerwu przeponowego skutkujące zaburzeniem ruchomości przepony	10%

Załącznik nr 6 – Katalog poważnych zachorowań

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) **anemia aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem minimum 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;Ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub gdy u Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego został wykonany przeszczep szpiku kostnego, lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza hematologa. Zakres definicji nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci anemii aplastycznej;
- 2) **angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczepienia stentu w celu korekcji minimum 50-procentowego zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Konieczne jest przedłożenie Towarzystwu wyniku angiografii potwierdzającego przedoperacyjny stopień zwężenia światła tętnicy; konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez lekarza kardiologa; zwężenie drożności musi powodować pogorszenie funkcji komory lub zwiększać uszkodzenie określone jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego, lub być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego;
- 3) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 kolejne miesiące; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 4) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW); zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza kardiologa na podstawie objawów klinicznych, wyników badań bakteriologicznych i obrazowych; zakres definicji nie obejmuje przypadków bakteryjnego zapalenia wsierdzia u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca;
- 5) **bąblowiec mózgu** – choroba zakaźna spowodowana przez tasiemca bąblowcowego, z zajęciem mózgu; zakres definicji obejmuje wyłącznie takiego bąblowca mózgu, który wymagał chirurgicznego usunięcia zmian powstałych w mózgu i którego rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny potwierdza dokumentacja medyczna;
- 6) **choroba Alzheimera** – przewlekła i postępująca degeneracja tkanki mózgowej, prowadząca do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, których następstwem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność stałej opieki osób trzecich; w rozumieniu niniejszej definicji Ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy musi być niezdolny przez okres minimum 6 kolejnych miesięcy do samodzielnego wykonywania przynajmniej 3 z wymienionych poniżej czynności życiowych:
 - a) kąpiel – zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się,
 - c) przemieszczanie się,
 - d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
 - e) odżywianie się;zdiagnozowanie choroby Alzheimera musi być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres definicji nie obejmuje przypadków otępienia oraz innych uszkodzeń mózgu, do których powstania doszło w wyniku chorób, w tym chorób psychicznych lub nadużywania alkoholu lub narkotyków;
- 7) **choroba Creutzfeldta-Jakoba** – nieuleczalna choroba układu nerwowego powodująca szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie odchyień neurologicznych w badaniu klinicznym (w tym cech postępującego otępienia), EEG oraz badań obrazowych;
- 8) **choroba Huntingtona** – postępująca choroba ośrodkowego układu nerwowego; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa;
- 9) **choroba neuronu ruchowego** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie obrazu klinicznego i wyniku badania elektromiografii;
- 10) **choroba Parkinsona** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego prowadząca do powstania ubytków neurologicznych. Do jej stwierdzenia niezbędne jest jednoczesne spełnienie wszystkich warunków podanych poniżej:
 - a) choroba nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu,
 - b) na podstawie obiektywnych objawów można stwierdzić, że choroba ma charakter postępujący,
 - c) Ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy musi być niezdolny do samodzielnego wykonywania, przez okres minimum 6 kolejnych miesięcy, przynajmniej 3 z wymienionych czynności życiowych:
 - i. kąpiel – zdolność umycia się,
 - ii. ubieranie się,
 - iii. przemieszczanie się,
 - iv. toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
 - v. odżywianie się;zdiagnozowanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres definicji nie obejmuje przypadku zespołu Parkinsona wywołanego przez leki lub czynniki toksyczne;
- 11) **dystrofia mięśniowa** – postępujący zanik mięśni, prowadzący do trwałych zaburzeń ich funkcji; zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania; Ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy musi być trwale niezdolny do samodzielnego wykonywania przynajmniej 3 z wymienionych czynności życiowych:
 - a) kąpiel – zdolność umycia się,
 - b) ubieranie się,
 - c) przemieszczanie się,
 - d) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
 - e) odżywianie się;
- 12) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa lub internistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe; zakres definicji nie obejmuje bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 13) **kardiomiopatia** – trwale i nierokujące poprawy upośledzenie funkcji lewej komory serca, prowadzące do wystąpienia przewlekłej niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA z frakcją wyrzutową

- lewej komory serca mniejszą niż 25%; tak określona niewydolność krążenia musi się utrzymywać, pomimo stosowania odpowiedniego leczenia, przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy; klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres definicji nie obejmuje przypadków, gdy przyczyną wystąpienia choroby było nadużywanie alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych; zdiagnozowanie musi być postawione na podstawie obowiązujących kryteriów medycznych przez kardiologa i być potwierdzone wynikami badań echokardiograficznych;
- 14) **łagodny guz mózgu, w tym oponiak** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 kolejnych miesięcy; zdiagnozowanie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi, takimi jak CT lub MRI; z zakresu definicji wyłączone są: torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgoworzdzeniowych i rdzenia kręgowego;
 - 15) **niedowład (paraliż)** – całkowita, stała utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 kolejnych miesięcy; zdiagnozowanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres definicji nie obejmuje przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi;
 - 16) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; zakres definicji nie obejmuje ostrej niewydolności nerek wymagającej okresowej dializoterapii;
 - 17) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina); rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych; nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapii lub chemioterapii; z zakresu definicji wyłączone są:
 - a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aNOMO według klasyfikacji AJCC,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1NOMO według klasyfikacji AJCC,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1NOMO według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;
 - 18) **oparzenie** – oparzenie III stopnia, które objęło co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała Ubezpieczonego;
 - 19) **operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, koartacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem; w rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wyłączeniem jej odgałęzień; metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszczepne operacje naprawcze, nie są objęte zakresem ubezpieczenia;
 - 20) **operacja zastawek serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana bądź naprawa chorobowo zmienionej jednej lub większej liczby zastawek serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; zakres definicji nie obejmuje operacji wykonanych przy użyciu technik śródnaczyniowych;
 - 21) **pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, jej wykonanie zaś musi być potwierdzone opinią lekarza kardiologa; zakres definicji nie obejmuje zabiegów angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - 22) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu lub małżonkowi albo partnerowi życiowemu jako biorcy jednego z wymienionych poniżej narządów bądź zamieszczenie Ubezpieczonego lub małżonka albo partnera życiowego na liście biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych poniżej narządów:
 - a) serca, płuca, trzustki, nerki, wątroby,
 - b) szpiku kostnego po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku; zakresem definicji nie są objęte przeszczepy niewymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;
 - 23) **ropień mózgu z utrzymującymi się deficytami neurologicznymi** – miejscowa infekcja tkanki mózgowej prowadząca do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu; zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i wynikami badań obrazowych (CT, MRI); ponadto drenaż chirurgiczny ropnia musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą; ropień mózgu musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się co najmniej przez 3 kolejne miesiące od czasu zakończenia antybiotykoterapii;
 - 24) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - a) stałej żółtaczki,
 - b) wodobrzusza,
 - c) encefalopatii wątrobowej;
 - 25) **sepsa** – ogólnoustrojowa, nieswoista reakcja organizmu na obecne we krwi drobnoustroje oraz ich toksyny; zakres definicji obejmuje wyłącznie taką sepsę, która doprowadziła do niewydolności co najmniej 2 z poniższych narządów lub układów:
 - a) ośrodkowy układ nerwowy,
 - b) układ krążenia,
 - c) układ oddechowy,
 - d) układ krwiotwórczy,
 - e) nerki,
 - f) wątroba;zdiagnozowanie sepsy musi potwierdzać dokumentacja medyczna;
 - 26) **stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego charakteryzująca się obecnością ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych na podłożu rozsianych zmian demielinizacyjnych, która została rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie objawów neurologicznych i badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzających czasowe i lokalizacyjne rozszanie zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym; deficyty neurologiczne z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi powinny utrzymywać się stale przez okres co najmniej 6 miesięcy;
 - 27) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 kolejnych godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres definicji nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej

- w związku z nadużyciem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych;
- 28) **tężca** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w szpitalu w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesne skurcze mięśniowe mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
 - c) uogólnione skurcze
- oraz objawów klinicznych, takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 29) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR);
- za udar mózgu w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 30) **utrata kończyny wskutek choroby** – amputacja kończyny wskutek choroby:
- a) powyżej stawu skokowego – w przypadku kończyn dolnych,
 - b) powyżej nadgarstka – w przypadku kończyn górnych;
- 31) **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby, utrzymującą się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy; zakres definicji nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;
- 32) **utrata słuchu** – całkowita, stała, obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w zakresie wszystkich dźwięków; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza laryngologa oraz dodatkowo wynikiem badania audiometrycznego i audiometrii impedancyjnej; zakres definicji nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym i leczeniem operacyjnym;
- 33) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w oboju oczach; zakres definicji nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 34) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku) prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez przynajmniej 6 kolejnych tygodni; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres definicji nie obejmuje wirusowego zapalenia mózgu spowodowanego wirusem HIV;
- 35) **wrzdziejące zapalenie jelita grubego** – ciężka postać choroby wymagająca wykonania całkowitej resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii); zdiagnozowanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza gastrologa;
- 36) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*) przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych lub internistę na podstawie objawów klinicznych i wykrycia wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycia przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym; choroba wymaga zastosowania leczenia w szpitalu;
- 37) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - b) przetoczenie krwi miało miejsce w czasie ponoszenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu poważnych zachorowań wobec danego Ubezpieczonego;
 - c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - d) Ubezpieczony lub małżonek albo partner życiowy nie choruje na ciężką postać talasemii (*thalassaemia maior*) lub hemofilię;
- 38) **zakażona martwica trzustki** – wykonanie pierwszej operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki;
- 39) **zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych, w tym niedociśnienia, wyników badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej kłacie piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zakres definicji nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych;
- 40) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z następujących klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) objawy kliniczne niedokrwienia serca,
 - b) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - c) nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji;
- 41) **zgorzel gazowa** – wymagające leczenia w warunkach szpitalnych ciężkie zakażenie przyranne, przebiegające z obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowane przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi (oedematiens)* lub *Clostridium septicum*, potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Załącznik nr 7 – Katalog poważnych zachorowań dziecka

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań dziecka:

- 1) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 kolejne miesiące; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie wyników badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 2) **łagodny guz mózgu** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 kolejnych miesięcy; zdiagnozowanie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi, takimi jak CT lub MRI; z zakresu niniejszej definicji wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;
- 3) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania musi być potwierdzony przez lekarza nefrologa; zakres definicji nie obejmuje ostrej niewydolności nerek wymagającej okresowej dializoterapii;
- 4) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina); rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i potwierdzone przez lekarza onkologa z uwzględnieniem wyników badań histopatologicznych; nowotwór złośliwy musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią; z zakresu definicji wyłączone są:
 - a) wszelkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz T1a według klasyfikacji AJCC,
 - b) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - c) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 według sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - d) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 1 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV, w tym także (ale nie wyłącznie) chłoniak i mięsak Kaposiego;
- 5) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecka jako biorcy jednego z wymienionych poniżej narządów bądź zamieszczenie dziecka na liście biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych poniżej narządów:
 - a) serca, płuca, trzustki, nerki, wątroby,
 - b) szpiku kostnego po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku; zakresem ubezpieczenia nie są objęte przeszczepy niewymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;
- 6) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
 - a) stałej żółtaczką,
 - b) wodobrzuszą,
 - c) encefalopatii wątrobowej;
- 7) **wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez przynajmniej 6 kolejnych tygodni; zdiagnozowanie musi być potwierdzone przez lekarza

neurologa; zakres definicji nie obejmuje wirusowego zapalenia mózgu spowodowanego wirusem HIV.



Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 8
02-685 Warszawa

