



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina

KOD HR 01/14

SPIS TREŚCI

I.	Postanowienia ogólne	2	XVIII.	Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	13
II.	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4	XIX.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	13
III.	Umowa ubezpieczenia	4	XX.	Poważne zachorowanie	14
IV.	Rozwiązanie umowy	5	XXI.	Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do roszczeń z tytułu nieszczęśliwego wypadku, całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz następstw zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu lub krwotoku śródmózgowego	18
V.	Obejmowanie ubezpieczeniem pracowników i czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	5	XXII.	Leczenie szpitalne	19
VI.	Obejmowanie ubezpieczeniem małżonków i dzieci objętych ubezpieczeniem pracowników	7	XXIII.	Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	22
VII.	Karencja	7	XXIV.	Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego	22
VIII.	Obowiązki Ubezpieczającego	8	XXV.	Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego	24
IX.	Obowiązki Ubezpieczyciela	9	XXVI.	Zgon współubezpieczonego	24
X.	Składka ubezpieczeniowa	9	XXVII.	Urodzenie się dziecka	25
XI.	Suma ubezpieczenia oraz zmiana wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej	10	XXVIII.	Urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej	25
XII.	Zgon Ubezpieczonego	10	XXIX.	Wada wrodzona dziecka	25
XIII.	Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym oraz wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	10	XXX.	Urodzenie martwego noworodka	25
XIV.	Trwałe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	10	XXXI.	Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	25
XV.	Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku	11	XXXII.	Wypłata świadczeń ubezpieczeniowych	25
XVI.	Całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	12	XXXIII.	Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia	27
XVII.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	12	XXXIV.	Postanowienia końcowe	28

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

POSTANOWIENIA WPROWADZAJĄCE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera z Ubezpieczającymi umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina na rachunek Ubezpieczonych.
2. Załącznikami do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia stanowiącymi integralną część umowy ubezpieczenia są:
 - a) Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, stosowane przez Ubezpieczyciela przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - b) Lista operacji chirurgicznych, Tablice Lunda i Browdera, Reguła Dziewiątek.
3. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2

Terminom użytym w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją;
- 2) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 3) **całkowita, trwała niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca co najmniej przez okres 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;
- 4) **choroba** - w odniesieniu do zdarzenia leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka oraz operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, chorobą jest stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego powodujący konieczność leczenia szpitalnego lub operacyjnego;
- 5) **czasowa niezdolność do pracy** - czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy (ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (Dz.U z 1998 roku, nr 21, poz.94 z późniejszymi zmianami), w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego;
- 6) **data wymagalności składki ubezpieczeniowej** - data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu obejmowania Ubezpieczonego ubezpieczeniem; jeśli nie umówiono się inaczej datą wymagalności składki ubezpieczeniowej jest pierwszy dzień okresu rozliczeniowego, za który należna jest składka ubezpieczeniowa;
- 7) **deklaracja zgody** - dokument, w którym osoba oświadcza Ubezpieczycielowi, iż wyraża zgodę na objęcie ubezpieczeniem;
- 8) **droga** - wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu pieszych;
- 9) **grupa Ubezpieczonych** - wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia;
- 10) **inna umowa Ubezpieczenia** - inna umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez tego samego Ubezpieczającego,
- 11) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia;
- 12) **leczenie szpitalne** - udzielenie pomocy medycznej Ubezpieczonemu, małżonkowi lub dziecku w zakresie leczenia stacjonarnego stanów nagłych lub leczenia stanów, w odniesieniu do których nie można było uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego;
- 13) **małżonek** - osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, o ile pomiędzy małżonkami nie została orzeczona separacja zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
- 14) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, będące wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i mające miejsce w okresie tej odpowiedzialności;
- 15) **objęcie ubezpieczeniem** - objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia;
- 16) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia;
- 17) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii), który jest wydzielonym, specjalistycznym oddziałem szpitalnym, przeznaczonym dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnej terapii specjalistycznej, opieki i nadzoru, zaopatrzonym w sprzęt przeznaczony do ciągłej kontroli zagrożenia czynności życiowych pacjentów;
- 18) **ojczym, macocha** - osoba pozostająca w związku małżeńskim z rodzicem Ubezpieczonego (w odniesieniu do wskazanej poniżej definicji rodzica) lub z rodzicem małżonka (w odniesieniu do wskazanej powyżej definicji małżonka) w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a także wdowiec lub wdowa odpowiednio po rodzicu Ubezpieczonego lub po rodzicu małżonka (o ile wdowiec lub wdowa nie wstąpiła ponownie w związek małżeński);

- 19) **okres rozliczeniowy** - ustalony w umowie ubezpieczenia miesięczny, kwartalny, półroczny bądź roczny okres, za który Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową;
- 20) **operacja chirurgiczna** - metoda leczenia polegająca na naruszeniu ciągłości tkanek Ubezpieczonego, służąca poprawie stanu zdrowia, niezbędna z medycznego punktu widzenia według lekarza prowadzącego w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu, wykonywana przez lekarza o specjalności zabiegowej w placówce medycznej w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym; z zakresu ochrony wyłącza się wszelkie zabiegi wykonywane w celach diagnostycznych oraz jednorazowe lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała;
- 21) **pełnoletnie dziecko** - dziecko własne, przysposobione lub pasierb (jeżeli nie żyją ojciec lub matka) Ubezpieczonego, które ukończyło 18 rok życia;
- 22) **pojazd** - środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze oraz maszyna lub urządzenie do tego przystosowane; pojazdem jest również tramwaj poruszający się po drodze;
- 23) **poważne zachorowanie** - określone w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka Ubezpieczonego i zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 24) **pracownik** - osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu, oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego; za pracownika uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia wskazuje, że zawierana jest na rzecz tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz pracowników tego przedsiębiorstwa);
- 25) **rocznica polisy** - każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby objętej ubezpieczeniem, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego;
- 26) **rodzic** - rodzic Ubezpieczonego a także ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia rodzicem jest również rodzic zastępczy na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego;
- 27) **składka ubezpieczeniowa** - ustalona w umowie ubezpieczenia składka, opłacana przez Ubezpieczającego, z tytułu obejmowania pracownika ubezpieczeniem;
- 28) **suma ubezpieczenia** - kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której jest ustalana wysokość świadczenia ubezpieczeniowego;
- 29) **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- 30) **szpital** - placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia szpitalem nie jest: dom opieki, dom pomocy społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgniarska, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowskiowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiowego lub rehabilitacyjnego; w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zakres ryzyka leczenia szpitalne obejmuje leczenie w szpitalu rozumianym zgodnie z powyższą definicją;
- 31) **taryfa ubezpieczeniowa** - dokument stanowiący podstawę określania wysokości składki ubezpieczeniowej, ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, z uwzględnieniem stosowanych okresów karencji oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia;
- 32) **teść** - rodzic małżonka a także ojczym i macocha małżonka, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka;
- 33) **trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego** - określone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenie dotyczące całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad określonym narządem Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 34) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności narządu lub układu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, a będące następstwem określonego w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zdarzenia, które nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 35) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, zawierająca z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych;
- 36) **Ubezpieczony** - osoba, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
- 37) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1; Numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł;
- 38) **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, określająca zasady obejmowania ubezpieczeniem;
- 39) **współubebezpieczony** - osoba której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 2 pkt 7)-13), 19)-20), 24)-25), 30)-31) oraz 39);

40) **wyłączenie z ubezpieczenia** - zakończenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego;

41) **wypadek w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym** - nieszczęśliwy wypadek, w którym:

a) Ubezpieczony był uczestnikiem katastrofy lub wypadku pojazdu poruszającego się po drodze,

b) Ubezpieczony był pasażerem pojazdu wodnego, powietrznego lub szynowego (w tym pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), który uległ katastrofie lub wypadkowi (za pasażera nie jest uznawany kierujący pojazdem);

42) **wypadek przy pracy** - nieszczęśliwy wypadek, potwierdzony w karcie wypadku sporządzonej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy, który miał miejsce:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika (zgodnie z definicją pracownika w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia) zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, bądź

b) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy wyłącznie w ramach zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę u Ubezpieczającego;

43) **zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela** - trwający okresowo, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, brak obowiązku opłacania składki ubezpieczeniowej i odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.

2. Zakresem ubezpieczenia mogą być objęte, na wniosek Ubezpieczającego i z zastosowaniem postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, następujące zdarzenia losowe:

- 1) zgon Ubezpieczonego (objęty zakresem ubezpieczenia w każdym przypadku),
- 2) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 3) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 4) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- 5) zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 6) zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
- 7) zgon małżonka,
- 8) zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 9) zgon małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 10) zgon dziecka,
- 11) zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 12) zgon rodzica,
- 13) zgon teścia,
- 14) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

15) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

16) trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,

17) całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

18) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,

19) trwałe inwalidztwo małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,

20) trwałe inwalidztwo dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku,

21) całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku,

22) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (w zakresie podstawowym, rozszerzonym, maksymalnym, maksymalnym plus lub komfort),

23) wystąpienie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego in situ sutka lub gruczołu krokowego,

24) poważne zachorowanie małżonka (w zakresie podstawowym lub rozszerzonym),

25) poważne zachorowanie dziecka,

26) leczenie szpitalne Ubezpieczonego (w zakresie podstawowym lub rozszerzonym),

27) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

28) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,

29) leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,

30) leczenie szpitalne małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,

31) leczenie szpitalne dziecka,

32) leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego,

33) koszty leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego,

34) czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego,

35) operacja chirurgiczna Ubezpieczonego,

36) urodzenie się dziecka,

37) urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej,

38) urodzenie martwego noworodka,

39) wada wrodzona dziecka,

40) osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego.

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

PODSTAWA ZAWARCIA UMOWY

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku

składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.

2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony - do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy.

2. Umowa ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne okresy

12-miesięczne, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel,

najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, złoży na piśmie lub

w sposób ustalony między stronami oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości przedłużenia umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.

3. W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków przedłużenia jej okresu.

DATA ZAWARCIA UMOWY

§ 6

Jeżeli nie umówiono się inaczej lub w razie wątpliwości, z zastrzeżeniem postanowień § 7, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia zawierana w drodze negocjacji może przewidywać inną datę jej zawarcia.

DORĘCZENIE POLISY Z ODSTĘPSTWAMI

§ 7

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając jemu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.

2. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

3. W sytuacji określonej w ust. 1, do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczającego postanowień polisy ubezpieczeniowej, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel zwraca wpłatę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

ODSTĄPIENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 8

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu, na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 5.

2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia w tym przedmiocie. Odstąpienie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi oświadczenie w tym przedmiocie.

4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres, przez jaki trwała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

5. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem.

6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje jednoczesnym wyłączeniem z ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych (i odwrotnie).

V. OBEJMOWANIE UBEZPIECZENIEM PRACOWNIKÓW I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

PRAWO DO OBJĘCIA UBEZPIECZENIEM

§ 9

1. Osoba będąca pracownikiem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia może zostać objęta ubezpieczeniem na poniżej opisanych zasadach.

2. Osoba może zostać objęta ubezpieczeniem wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.

3. Pracownik może zostać objęty ubezpieczeniem, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym rozpocznie się wobec niego ochrona ubezpieczeniowa, będzie miał ukończone 15 lat, a nie ukończy 69 roku życia.

4. Ubezpieczyciel może wyrazić zgodę na objęcie ubezpieczeniem osoby, która ukończyła 69 lat życia a która była dotychczas objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach innej umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczeniem może zostać objęty również małżonek oraz pełnoletnie dziecko objętego ubezpieczeniem pracownika, na zasadach opisanych w § 14 poniżej.

ROZPOCZĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, objęcie ubezpieczeniem a tym samym rozpoczęcie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych osób, następuje pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel podjął decyzję o akceptacji deklaracji zgody, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

2. Warunkiem objęcia pracownika ubezpieczeniem jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym w dacie wypełniania deklaracji zgody (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia).

3. Ubezpieczyciel ma prawo do ustalenia, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia spełnia definicję pracownika. W tym celu Ubezpieczyciel może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu spełnienia definicji pracownika.

4. Objęta ubezpieczeniem nie może być osoba, która w dniu wypełniania przez nią deklaracji zgody przebywa: na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku, w hospicjum, w domu pomocy społecznej lub jest uznana za niezdolną do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.
5. Dokumentem ubezpieczenia stwierdzającym objęcie danej osoby ubezpieczeniem jest potwierdzenie objęcia umową ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela oraz przekazywane Ubezpieczającemu.
6. Do czasu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, składki ubezpieczeniowe (za wyjątkiem wpłaty na poczet pierwszej składki) nie są wymagalne. Dokonana wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej będzie potraktowana jako składka ubezpieczeniowa za pierwszy okres rozliczeniowy, za który składka ubezpieczeniowa jest należna.
7. Objęcie pracownika ubezpieczeniem następuje na czas pozostały do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 5, jednak nie dłużej niż do końca okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony utracił status pracownika.

DOKUMENTACJA WYMAGANA PRZY ZAWARCIU UMOWY LUB OBJĘCIU UBEZPIECZENIEM

§ 11

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub objęciem danej osoby ubezpieczeniem Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
- 1) uzyskania dokumentów potwierdzających strukturę zawodów, wieku i płci (jako wewnętrznego czynnika aktuarialnego w obliczaniu składek i świadczeń nie powodującego różnic w składkach i świadczeniach poszczególnych Ubezpieczonych) - w odniesieniu do pracowników Ubezpieczającego,
 - 2) uzyskania dokumentów potwierdzających stan zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, a w przypadku pracownika dokumentów potwierdzających spełnianie przez niego definicji pracownika,
 - 3) skierowania osoby objętej ubezpieczeniem na badania lekarskie, przeprowadzane przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.
2. Koszty badań medycznych zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
3. W przypadku, gdy pracownik z końcem roku kalendarzowego, w którym jest objęty ochroną będzie miał ukończony 60 rok życia, warunkiem objęcia go ubezpieczeniem jest dołączenie do deklaracji zgody Kwestionariusza dla osób przystępujących do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem § 10.

OCENA POZIOMU RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 12

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz objęciem danej osoby ubezpieczeniem, dokonuje na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji zgody, Kwestionariusza dla osób przystępujących do umowy grupowego ubezpieczenia na życie (jeżeli osoba przystępuje po 3 miesiącach od daty nabycia uprawnień lub po 60 roku życia) lub innej dostarczonej dokumentacji, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.

2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy osób polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia na podstawie zbiorczych danych dotyczących tych osób, w tym struktury wieku, płci, a w przypadku pracowników wykonywanych zawodów.
3. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla danej osoby polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem, jej statusem majątkowym, wykonywanym przez nią zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.
4. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, objętych zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, odmowy objęcia danej osoby ubezpieczeniem lub zaproponowania objęcia ubezpieczeniem na zasadach odbiegających od wnioskowanych.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel podejmie decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia danej osoby ubezpieczeniem na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o tej decyzji na piśmie. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu w odniesieniu do decyzji Ubezpieczyciela w terminie siedmiu dni od jej doręczenia.
6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, jednak nie dojdzie do rezygnacji z wniosku o objęcie ubezpieczeniem, odpowiedzialność Ubezpieczyciela obowiązuje od dnia wskazanego w § 10 ust. 1, na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na warunkach wskazanych w zdaniu pierwszym obowiązuje do czasu uzgodnienia przez strony warunków ubezpieczenia lub rezygnacji z wniosku o objęcie ubezpieczeniem, jednak nie dłużej niż do końca okresu, za który dokonano wpłaty na poczet składki ubezpieczeniowej za pracownika, o którym mowa w ust. 5.
7. Jeżeli nie zostaną przyjęte zmienione przez Ubezpieczyciela warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 4, Ubezpieczyciel zwróci dokonaną wpłatę na poczet składki ubezpieczeniowej w części przypadającej na okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 5, uważa się, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczęła się od dnia wskazanego w § 10 ust. 1, zgodnie z propozycją Ubezpieczyciela.

ZAKOŃCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. W razie wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ustaje:
- 1) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia lub w dacie wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) z upływem miesiąca, w którym do Ubezpieczyciela wpłynęło oświadczenie o cofnięciu przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ubezpieczeniem,

- 3) w dacie wskazanej w § 21 ust. 8 oraz z początkiem okresu zawieszenia płatności składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 22 ust. 3 (z możliwością przywrócenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w sytuacjach tam wskazanych),
 - 4) w dacie zgonu Ubezpieczonego,
 - 5) w dacie rocznicy polisy w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 70 rok życia albo 76 rok życia, jeżeli ochroną ubezpieczeniową była objęta osoba, która w dniu złożenia deklaracji zgody ukończyła 69 rok życia i uzyskała zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 4.
2. Za wyjątkiem przywrócenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w sytuacjach wskazanych w § 21 ust. 8 oraz § 22 ust. 3 wobec Ubezpieczonego, w stosunku do którego odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustała, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową możliwe jest wyłącznie z zachowaniem postanowień §§ 9-12.

VI. OBEJMOWANIE UBEZPIECZENIEM MAŁŻONKÓW I DZIECI OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM PRACOWNIKÓW

OBEJMOWANIE UBEZPIECZENIEM MAŁŻONKA I PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

§ 14

1. Małżonek objętego ubezpieczeniem pracownika oraz pełnoletnie dziecko tego pracownika mogą zostać objęci ubezpieczeniem z zakresem ochrony ubezpieczeniowej dostępnym dla pracowników, w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz grupy.
2. Ubezpieczeniem może być objęty wyłącznie małżonek spełniający kryterium wieku wskazane w § 9 ust. 3 oraz pełnoletnie dziecko pracownika.
3. W okresie 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową małżonka oraz pełnoletniego dziecka pracownika, którzy przed przystąpieniem do ubezpieczenia, nie byli objęci inną umową ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń spowodowanych chorobą zdiagnozowaną, leczonej lub której objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed datą objęcia małżonka oraz pełnoletniego dziecka ubezpieczeniem.
4. Małżonek oraz pełnoletnie dziecko pracownika zostaną objęci ubezpieczeniem na podstawie deklaracji zgody, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5
5. W przypadku, gdy małżonek lub pełnoletnie dziecko pracownika:
 - 1) z końcem roku kalendarzowego, w którym obejmowani są ubezpieczeniem będą mieli ukończony 60 rok życia lub
 - 2) złożą deklarację zgody po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem (za datę złożenia deklaracji zgody uznaje się dzień jej wpływu do Ubezpieczyciela), dodatkowo do deklaracji zgody dołącza Kwestionariusz dla osób przystępujących do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
6. Za datę nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem uznaje się:
 - 1) w odniesieniu do małżonka pracownika:
 - a) dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia albo
 - b) dzień zatrudnienia u Ubezpieczającego pracownika, którego małżonek objęty jest ubezpieczeniem, jeśli zatrudnienie nastąpiło po dacie o której mowa w ppkt a) albo

- c) dzień zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy pracownikiem a osobą objętą ubezpieczeniem, jeśli zawarcie związku małżeńskiego nastąpiło później niż daty o których mowa w ppkt a) i b),
 - 2) w odniesieniu do pełnoletniego dziecka pracownika:
 - a) dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia albo
 - b) dzień zatrudnienia u Ubezpieczającego pracownika, którego dziecko objęte jest ubezpieczeniem, jeśli zatrudnienie nastąpiło po dacie o której mowa w ppkt a) albo
 - c) data osiągnięcia pełnoletniości, jeśli osiągnięcie pełnoletniości nastąpiło później niż daty o których mowa w ppkt a) i b).
7. Okres ubezpieczenia małżonka oraz pełnoletniego dziecka ubezpieczonego pracownika trwa nie dłużej niż do końca okresu ubezpieczenia tego pracownika.

VII. KARENCAJA

ZAKRES I OKRES STOSOWANIA KARENCCI DLA PRACOWNIKÓW UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 15

1. W odniesieniu do pracownika Ubezpieczającego, który złożył deklarację zgody w okresie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem wskazanej w ust. 3 nie stosuje się okresów karencji.
2. W odniesieniu do pracownika Ubezpieczającego, który złożył deklarację zgody po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem, o której mowa w ust. 3 stosowana jest karencja w odniesieniu do następujących świadczeń:
 - 1) całkowitej trwałej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w § 50 oraz leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - 2) świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, kosztów leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego oraz leczenia szpitalnego dziecka - karencja trwa przez okres 1 miesiąca,
 - 3) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego, zgonu współubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - 4) urodzenia się dziecka, urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej, wady wrodzonej dziecka, urodzenia martwego noworodka - karencja trwa przez okres 9 miesięcy.
3. Datą nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem jest:
 - 1) dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby objętej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia albo
 - 2) dzień zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego, jeśli zatrudnienie nastąpiło po dacie wystąpienia zdarzenia wskazanego w pkt 1) powyżej albo

3) dzień, w którym zaistniało inne niż wskazane w pkt 1) lub pkt 2) zdarzenie, jeśli takie zostało określone odrębnie w umowie ubezpieczenia.

4. Karencja, o której mowa w ust. 2, nie ma zastosowania w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń i wypłacanych z ich tytułu wysokości świadczeń, jeśli bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem pracownika zrezygnował on z obejmowania ubezpieczeniem w ramach innej umowy ubezpieczenia.

5. Okres karencji, o którym mowa w ust. 2 liczony jest począwszy od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. W odniesieniu do świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka lub dziecka oraz leczenia szpitalnego dziecka okres karencji liczony jest począwszy od dnia objęcia ubezpieczeniem małżonka lub dziecka.

6. W okresie karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń wskazanych w niniejszym paragrafie ograniczona jest do skutków nieszczęśliwych wypadków.

ZAKRES I OKRESY STOSOWANIA KARENCJI DLA MAŁŻONKÓW I PEŁNOLETNICH DZIECI PRACOWNIKÓW OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

§ 16

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, w odniesieniu do obejmowanego ubezpieczeniem małżonka oraz pełnoletniego dziecka pracownika objętego ubezpieczeniem, zastosowana będzie karencja opisana w § 15 ust. 2 bez względu na datę złożenia deklaracji zgody.

2. Karencja, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w zakresie wskazanym w ust. 3 poniżej, jeśli bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem małżonka lub pełnoletniego dziecka pracownika zrezygnowali oni z obejmowania ubezpieczeniem w ramach innej umowy ubezpieczenia.

3. W sytuacji opisanej w ust. 2 karencji nie stosuje się:

1) w przypadku, gdy małżonek lub pełnoletnie dziecko pracownika złożyli deklarację zgody w terminie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem określonej w § 14 ust. 6 pkt 1) a) i pkt 2) a) - tylko w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń, które były objęte odpowiedzialnością w innej umowie ubezpieczenia, bez względu na wysokość wypłacanych z ich tytułu świadczeń.

2) w przypadku, gdy małżonek lub pełnoletnie dziecko pracownika złożyli deklarację zgody po upływie 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do objęcia ubezpieczeniem określonej w § 14 ust. 6 pkt 1) a) i pkt 2) a) - tylko w odniesieniu do tych rodzajów zdarzeń i wypłacanych z ich tytułu wysokości świadczeń, które były objęte odpowiedzialnością w innej umowie ubezpieczenia.

4. W okresie karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń wskazanych w niniejszym paragrafie ograniczona jest do skutków nieszczęśliwych wypadków.

VIII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

OBOWIĄZEK PODANIA INFORMACJI

§ 17

1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty i w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia bądź objęciem pracownika ubezpieczeniem. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Obowiązki określone w ust. 1 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości (w szczególności w sytuacji, gdy została zatajona choroba osoby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela). Jeżeli do naruszenia postanowień ustępów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty objęcia danej osoby ubezpieczeniem.

OBOWIĄZEK OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ I INNE OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 18

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Ubezpieczycielowi, do daty wymagalności składek ubezpieczeniowych określonej w umowie ubezpieczenia następujących dokumentów:

- 1) okresowych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych, sporządzanych na formularzu Ubezpieczyciela wraz z informacjami o zaistniałych zmianach w zatrudnieniu,
- 2) wykazu osób, które złożyły deklaracje zgody,
- 3) wykazu osób, które mają być wyłączone z ubezpieczenia.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest do bieżącego informowania Ubezpieczonych, w sposób zwyczajowo przyjęty u Ubezpieczającego, o warunkach umowy ubezpieczenia mogących mieć wpływ na prawa i obowiązki Ubezpieczonych oraz o planowanych zmianach.

4. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu pracownikom niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przed złożeniem deklaracji zgody oraz innych dokumentów lub informacji kierowanych do Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela oraz do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonych.

5. W czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do kontrolowania obowiązków wykonywanych przez Ubezpieczającego.

IX. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

OBOWIĄZEK WYPŁATY ŚWIADCZEŃ I UDZIELANIA INFORMACJI

§ 19

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia losowego, którego dotyczy odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Obowiązek Ubezpieczyciela określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą objęcia osoby ubezpieczeniem oraz po spełnieniu dodatkowych przesłanek wynikających z zastosowania wobec Ubezpieczonego karencji bądź zmienionych warunków ubezpieczenia w wyniku oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

X. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

TERMIN OPŁACANIA I WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 20

1. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z jedną z poniższych częstotliwości:
 - 1) miesięcznie,
 - 2) kwartalnie,
 - 3) półrocznie,
 - 4) rocznie.
2. Ubezpieczający może w każdą rocznicę polisy zmienić częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalana na jednakowym poziomie dla wszystkich lub części grupy Ubezpieczonych, w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, przyjętą przez Ubezpieczyciela poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalone dla grupy Ubezpieczonych wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. W wyniku dokonania przez Ubezpieczyciela oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego składka ubezpieczeniowa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych może różnić się od ustalonej dla pozostałych Ubezpieczonych.
4. Jeżeli składka ubezpieczeniowa jest ustalana indywidualnie dla Ubezpieczonego, jej wysokość zależy od taryfy ubezpieczeniowej, przyjętego przez Ubezpieczyciela poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz przyjętych wysokości i rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia.

OPŁACANIE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 21

1. Warunkiem objęcia pracownika ubezpieczeniem jest dokonanie przez Ubezpieczającego wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień § 10.
2. Wszystkie kolejne składki powinny być opłacane do daty, z którą stają się one wymagalne.

3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku nieopłacenia wymagalnej składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wezwania Ubezpieczającego wraz ze wskazaniem dodatkowego terminu uregulowania należności wynoszącego 14 dni, pod rygorem uznania umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w stosunku do Ubezpieczonych, za których nie została opłacona wymagalna składka ubezpieczeniowa, z ostatnim dniem dodatkowego terminu uregulowania należności ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który opłacono składkę ubezpieczeniową.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą w dniu wpłynięcia na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości. Do dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej Ubezpieczający przesyła Ubezpieczycielowi dokumenty o których mowa w § 18 ust. 2 potrzebne do weryfikacji osób obejmowanych ubezpieczeniem, za które opłacana jest składka ubezpieczeniowa. Weryfikacja, o której mowa w zdaniu poprzedzającym dokonywana jest przez Ubezpieczyciela w terminie 5 dni roboczych od daty wpływu składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
6. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonego, który został wyłączony z ubezpieczenia, podlega ona zwrotowi i nie wywołuje skutków prawnych.
7. Jeżeli kwota opłacona przez Ubezpieczającego, nie odpowiada sumie składek ubezpieczeniowych wymagalnych za wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem (zgodnie z aktualnymi danymi posiadanymi przez Ubezpieczyciela przesłanymi mu zgodnie z postanowieniem § 18 ust. 2, Ubezpieczyciel uznaje, iż nie została opłacona składka ubezpieczeniowa za wszystkich Ubezpieczonych.
8. Począwszy od pierwszego dnia okresu, za który nie uiszczono składki ubezpieczeniowej ochrona ubezpieczeniowa ustaje. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem jej ciągłości, jeżeli wszystkie składki ubezpieczeniowe zostaną opłacone przed datą wyłączenia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, w trybie opisanym w ust. 4.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK

§ 22

1. Opłacanie składki ubezpieczeniowej może być zawieszono:
 - 1) na wniosek Ubezpieczającego - na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy (okres liczony jest jako krotność okresów rozliczeniowych), jeżeli zawieszenie płatności będzie dotyczyło wszystkich Ubezpieczonych; ponowne zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych na wniosek Ubezpieczającego może nastąpić nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego opłacania składek ubezpieczeniowych,
 - 2) na wniosek Ubezpieczonego potwierdzony przez Ubezpieczającego - jeżeli zawieszenie płatności następuje na skutek urlopu wychowawczego, urlopu bezpłatnego Ubezpieczonego, zawieszenie obowiązuje nie dłużej niż do końca miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustała przyczyna zawieszenia; jeżeli data, o której mowa w zdaniu poprzednim nie przypada w dniu

zakończenia okresu rozliczeniowego, koniec okresu zawieszenia następuje wraz z upływem okresu, za który zostały opłacone ostatnie składki ubezpieczeniowe za grupę Ubezpieczonych; wznowienie opłacania składek ubezpieczeniowych następuje po złożeniu przez Ubezpiezonego oświadczenia w tym przedmiocie.

2. Wraz z zakończeniem okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych składka ubezpieczeniowa staje się ponownie wymagalna.

3. Z początkiem okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje. Podjęcie opłacania składek ubezpieczeniowych, zgodnie z postanowieniami ust. 1 pkt 1) i 2), skutkuje przywróceniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w pełnym zakresie od daty zakończenia okresu zawieszenia.

XI. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 23

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Ubezpieczyciela na piśmie w lub w sposób ustalony między stronami o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej.
3. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Ubezpieczycielowi, nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ochrony ubezpieczeniowej dojdzie do skutku w dniu rocznicy polisy pod warunkiem jej zaakceptowania przez Ubezpieczyciela.

XII. ZGON UBEZPIECZONEGO

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 24

1. W przypadku zgonu Ubezpiezonego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej, świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia określonego w ust. 1, jeżeli zgon Ubezpiezonego nastąpi w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpiezonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia go ubezpieczeniem,
 - 2) czynnego udziału Ubezpiezonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpiezonego przestępstwa z winy umyślnej.

XIII. ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, WYPADKU PRZY PRACY, WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM ORAZ WYPADKU PRZY PRACY W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 25

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi głównemu, dodatkowemu lub innej osobie uprawnionej, świadczenia dodatkowego:
 - 1) z tytułu zgonu Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu zgonu Ubezpiezonego w następstwie wypadku przy pracy,
 - 3) z tytułu zgonu Ubezpiezonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 4) z tytułu zgonu Ubezpiezonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, - niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpiezonemu świadczenia dodatkowego:
 - 1) z tytułu zgonu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu zgonu małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - 3) z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, - niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie z tytułu zgonu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy zdarzenia w życiu dziecka Ubezpiezonego - własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 25 roku życia.

XIV. TRWAŁE INWALIDZTWO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 26

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpiezonemu określonej w umowie ubezpieczenia kwoty świadczenia:
 - 1) z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) z tytułu trwałego inwalidztwa małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku dotyczy zdarzenia w życiu dziecka Ubezpiezonego - własnego, przysposobionego lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), które w dniu nieszczęśliwego wypadku nie miało ukończonego 25 roku życia.

3. Za trwałe inwalidztwo, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, uważa się tylko i wyłącznie:

- 1) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad następującymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
- 2) całkowitą fizyczną utratę: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
- 3) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty wypadku.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 27

1. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu, przypisany poniżej do danego zdarzenia procent sumy ubezpieczenia:

1)	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami	Procent Sumy Ubezpieczenia
a)	kończyną górną - w stawie barkowym	70%
b)	kończyną górną - powyżej stawu łokciowego	65%
c)	kończyną górną - poniżej stawu łokciowego	60%
d)	kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
e)	kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
f)	kończyną dolną - poniżej środkowej części uda	60%
g)	kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego	50%
h)	kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i)	kończyną dolną - stopą	40%
j)	kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
2)	Całkowita fizyczna utrata	Procent Sumy Ubezpieczenia
a)	kciuka	15%
b)	palca wskazującego	10%

c)	innego palca u ręki	5%
d)	palucha	5%
e)	innego palca u stopy	2%
3)	Całkowita utrata	Procent Sumy Ubezpieczenia
a)	wzroku w obu oczach	100%
b)	wzroku w jednym oku	50%
c)	słuchu w obu uszach	60%
d)	słuchu w jednym uchu	30%
e)	węchu	10%

2. Jeżeli trwałe inwalidztwo, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w § 26 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe sumie kwot określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.

3. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w ust. 2 w okresie obejmowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka odpowiedzialności Ubezpieczyciela nie może przekroczyć, w odniesieniu do każdej z osób objętych odpowiedzialnością, kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia. Kwota ta może przewyższać ustaloną w umowie sumę ubezpieczenia.

4. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 1 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o kwotę świadczenia wcześniej wypłaconego.

XV. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 28

1. Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest, aby zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy zaistniało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.
4. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

5. Zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 29

W okresie 12 miesięcy od daty objęcia osoby ubezpieczeniem Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub której objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Za objawy choroby uważa się takie, których występowanie potwierdzono na podstawie dokumentacji medycznej w procesie rozpatrywania roszczenia oraz które, zgodnie z wiedzą medyczną, są charakterystyczne dla danego rodzaju choroby.

XVI. CAŁKOWITA TRWAŁA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 30

1. Z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest aby zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy zaistniało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wygasa z chwilą wypłaty świadczenia z tego tytułu.
4. Zdarzenie będące przyczyną powstania całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli, całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

XVII. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB WYPADKU W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 31

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie ubezpieczeniowej procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać wypłatę określonego w polisie ubezpieczeniowej procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.

4. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również określony przez Ubezpieczyciela bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez uprawnionego pracownika Ubezpieczyciela, konsultanta medycznego Ubezpieczyciela lub lekarza orzecznika, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania decyzji.

5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji opinii lekarza orzecznika powołanego przez Ubezpieczyciela. Weryfikację tę może przeprowadzić konsultant medyczny Ubezpieczyciela na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej.

6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

7. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałą uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

8. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

9. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel wypłaci bezsporną część świadczenia na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ona należna, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

10. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel stosuje Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, będące załącznikiem do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

11. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel nie bierze po uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani zakresu czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

12. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed wypadkiem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed wypadku i po wypadku.

13. Umowa ubezpieczenia może przewidywać, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku dotyczy wyłącznie takiego trwałego uszczerbku na zdrowiu, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego stwierdzony procent przekracza wartość wskazaną w umowie ubezpieczenia, wypłacane jest za każdy procent tego uszczerbku.

XVIII. ZGON UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 32

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty beneficjentowi świadczenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, niezależnie od innych należnych świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu rozumiane są zgodnie z ich definicjami wskazanymi w § 37 ust. 1 pkt 1) i 3), z zastrzeżeniem, że wypłata świadczenia nastąpi również w przypadku zgonu, którego bezpośrednią przyczyną był zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu potwierdzony badaniem sekcyjnym. W odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego wymogi określone w § 37 ust. 1 pkt 1) uznaje się za wystarczające o ile spełnione są tylko 3 kryteria z 4 wskazanych w ppkt. a)-d).
3. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli zgon nastąpi przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 33

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego albo udaru mózgu, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo udar mózgu były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.

XIX. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 34

1. W przypadku doznania przez Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego w rozumieniu § 37 ust. 1 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego w rozumieniu ust. 2 poniżej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie świadczenia za każdy procent stwierdzonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Za krwotok śródmózgowy uznaje się wyłącznie wylew krwi do mózgu niszczący utkanie tego narządu. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zostają wyłączone objawy mózgowo związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego.
3. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia wskazanego w ust. 1 nie może być wyższy niż 100%.

4. Ubezpieczyciel może wypłacić na rzecz danego Ubezpieczonego jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie krwotoku śródmózgowego.
5. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określany jest przez Ubezpieczyciela w oparciu o opinię lekarza orzecznika powoływanego przez Ubezpieczyciela. Podstawą orzeczenia jest fizykalne badanie Ubezpieczonego oraz dokumentacja medyczna dotycząca zdarzenia, którego następstwem jest uszczerbek na zdrowiu. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, lekarz orzecznik kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu zdarzenia losowego. Koszt powołania lekarza orzecznika w celu ustalenia procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ponosi Ubezpieczyciel.
6. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu może być również orzeczony bez bezpośredniego badania Ubezpieczonego przez uprawnionego pracownika Ubezpieczyciela, konsultanta medycznego Ubezpieczyciela lub lekarza orzecznika, jeżeli dokumentacja medyczna dołączona do wniosku jest wystarczająca do wydania orzeczenia.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji opinii lekarza orzecznika powołanego przez Ubezpieczyciela. Weryfikację tę może przeprowadzić konsultant medyczny Ubezpieczyciela na podstawie zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej.
8. Pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego i został określony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
10. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie określony po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego. Jeżeli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczyciel na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, wypłaci bezsporna część świadczenia w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia, o ile będzie ono należne, Ubezpieczyciel wypłaci nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
11. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku zostanie ustalony jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.
12. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel stosuje Zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, będące załącznikiem do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
13. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel nie bierze po uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani zakresu czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 35

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego albo krwotoku śródmózgowego, jeżeli zawał mięśnia sercowego albo krwotok śródmózgowy były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tego tytułu.

XX. POWAŻNE ZACHOROWANIE

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 36

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte wystąpienie poważnych zachorowań Ubezpieczonego w jednym z poniższych zakresów:

- 1) zakres podstawowy obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 37 ust. 1 pkt 1)-6),
- 2) zakres rozszerzony obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 37 ust. 1 pkt 1)-12),
- 3) zakres maksymalny obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 37 ust. 1 pkt 1)-18),
- 4) zakres maksymalny plus obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 37 ust. 1 pkt 1)-23),
- 5) zakres komfort obejmujący wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 37 ust. 1 pkt 1)-23) oraz w pkt 26)-35).

3. Umowa ubezpieczenia może dodatkowo przewidywać:

- 1) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego in situ sutka lub gruczołu krokowego,
- 2) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania małżonka,
- 3) objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wystąpienia poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego w wieku do 25 lat.

4. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.

5. W odniesieniu do świadczeń z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego i małżonka obowiązuje ten sam zakres poważnych zachorowań za wyjątkiem zakresu maksymalnego, maksymalnego plus i komfort, które dotyczą wyłącznie Ubezpieczonego (małżonek obejmowany jest wówczas ubezpieczeniem w zakresie rozszerzonym).

6. W ramach ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania u dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest wyłącznie wystąpienie poważnych zachorowań wymienionych w § 37 ust. 1 pkt 4)-9), 14), 17)-18), 22) i 24)-26).

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 37

1. Za poważne zachorowanie, w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia uważa się:

- 1) taki **zawał mięśnia sercowego**, gdzie jednoznacznie rozpoznana została martwica części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia oraz wystąpiły:
 - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - b) nowe, niewystępujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla nowoprzebytego zawału mięśnia sercowego,
 - c) charakterystyczny wzrost aktywności biomarkerów sercowych typowych dla nowoprzebytego zawału mięśnia sercowego,
 - d) istotnie obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory serca (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia) lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca stwierdzone w badaniach obrazowych;
- 2) takie **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)**, które wykonane zostało w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza, zgodnie ze wskazaniem lekarskim i polegało na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonej lub całkowicie zamkniętej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przezskórnej;
- 3) taki **udar mózgu**, który został spowodowany incydem naczyniowo-mózgowym obejmującym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pozaczaszkowym;i skutkującym utrzymywaniem się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg ten nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu). Przebiecie przez Ubezpieczonego udaru mózgu powinno zostać potwierdzone wynikami badań obrazowych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: przemijający atak niedokrwienności (TIA), objawy mózgowo wywołane czynnikami urazowymi lub migreną bądź objawy wynikające z przyczyn naczyniowych związanych z chorobą mózgu;
- 4) taki **nowotwór złośliwy**, który objawia się obecnością złośliwego guza charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek oraz naciekaniem tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworu złośliwego musi zostać zweryfikowana badaniem histologicznym i potwierdzona przez lekarza specjalistę; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) dysplazja szyjki macicy (CIN-1, CIN-2, CIN-3),
 - b) każdy nowotwór łagodny z dużym ryzykiem zezłośliwienia (stan przedrakowy),
 - c) każda wczesna postać nowotworu złośliwego, w tym zmiana typu carcinoma in situ,
 - d) każdy nowotwór skóry poza czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm (co najmniej III stopień wg skali Breslawa),
 - e) rak prostaty histologicznie opisywany jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b lub T1c),

f) nowotwór złośliwy będący objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histologicznego;

5) taka **niewydolność nerek**, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki; rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę;

6) taki **przeszczep narządu**, który oznacza leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, małżonkowi lub dziecku pracownika (jeżeli małżonek lub dziecko pracownika zostali objęci odpowiedzialnością Ubezpieczyciela określoną w § 36 ust. 3 pkt 2 i 3), jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki, jelita cienkiego lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Rzeczypospolitej Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej w Rzeczypospolitej Polsce instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;

7) taką **utratę wzroku**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego;

8) taki **paraliż**, który oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;

9) takie **poparzenie**, które oznacza oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała; do kwalifikacji poważnego zachorowania dziecka do 15 roku życia stosuje się tablice Lunda i Browdera a w przy przypadku dziecka powyżej 15 roku życia Regulę Dziewiątek stanowiące załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;

10) takie **stwardnienie rozsiane**, które zostało jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa oraz przebiegało z typowymi dla tego poważnego zachorowania objawami demielinizacyjnymi, zaburzeniami czynności ruchowej i czuciowej oraz zmianami w rezonansie magnetycznym mózgu; dodatkowo odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli z tytułu stwardnienia rozsianego:

a) u Ubezpiezonego występowały nieprzerwanie zaburzenia neurologiczne przez okres co najmniej 6 miesięcy lub

b) Ubezpieczony był co najmniej dwukrotnie leczony szpitalnie (przynajmniej z jednomiesięczną przerwą pomiędzy kolejnymi pobytami w szpitalu) lub

c) Ubezpieczony był co najmniej raz leczony szpitalnie, gdzie w trakcie badań klinicznych stwierdzono charakterystyczne zmiany w płynie mózgowo - rdzeniowym oraz specyficzne zmiany w rezonansie magnetycznym mózgu;

11) taki **przeszczep zastawki serca**, który oznacza chirurgiczną wymianę jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej

lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

a) walwuloplastyka,

b) walwulotomia,

c) komisurotomia;

12) taką **operację aorty**, która oznacza leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu; pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności;

13) taką **utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę mowy w wyniku choroby lub urazu; utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy;

14) taką **śpiączkę**, która oznacza stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpiezonego w co najmniej 25%; świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni;

15) taką **utratę słuchu**, która oznacza obustronną i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach (z progami słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu;

16) taką **utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji lub całkowitą fizyczną utratę dwóch lub więcej kończyn powyżej nadgarstka lub stawu skokowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby;

17) taki **łagodny guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w dziedzinie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR); z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego;

18) takie **zapalenie wątroby (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby)**, które oznacza rozległą martwicę wątroby spowodowaną zapaleniem wątroby, prowadząca do jej niewydolności; rozpoznanie musi być potwierdzone łącznym wystąpieniem wszystkich wymienionych poniżej objawów:

a) gwałtowne zmniejszenie masy wątroby,

b) rozległa martwica rozplywna,

c) nagły spadek wartości badań laboratoryjnych określających funkcję wątroby,
d) narastająca żółtaczka;
nosicielstwo wirusowego zapalenia wątroby typu B lub wyłącznie zakażenie wirusowe wątroby nie powodują powstania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
19) taką **przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza zaawansowane stadium choroby płuc; wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków:
a) badanie spirometryczne - wynik próby FEV1 poniżej 1 litra,
b) potwierdzenie konieczności tlenoterapii oraz codzienne stosowanie tej metody leczenia przez co najmniej 8 godzin dziennie;
20) taki **toczeń rumieniowaty układowy**, który oznacza wielonarządowa, wieloczynnikową chorobę autoimmunologiczną charakteryzującą się uszkodzeniem przez system odpornościowy tkanek oraz komórek własnego organizmu; w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia za tocznię rumieniowaty układowy uznaje się tylko te formy choroby, które prowadzą do uszkodzenia nerek (Typ III - Typ V zapalenia nerek w toczniu rumieniowatym układowym potwierdzony wynikiem biopsji nerek - zgodnie z klasyfikacją WHO poniżej); inne formy choroby jak tocznię rumieniowaty przewlekły oraz te formy choroby, które cechują się zajęciem stawów oraz zaburzeniami hematologicznymi są wyłączone z zakresu odpowiedzialności; końcowe rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub immunologa; klasyfikacja WHO dotycząca zapalenia nerek w przebiegu tocznia rumieniowatego układowego:
a) Typ III (ogniskowe) - białkomocz, utrzymujący się podwyższony poziom OB,
b) Typ IV (rozsiane) - ostre zapalenie nerek z podwyższonym poziomem OB. lub zespół nerczycowy,
c) Typ V (błoniaste) - zespół nerczycowy lub masywny białkomocz;
21) taką **niedokrwiłość aplastyczna**, która oznacza nieodwracalne uszkodzenie szpiku kostnego objawiające się niedokrwiłością, neutropenią oraz trombocytopenią. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone badaniem szpiku kostnego, przy czym jednocześnie spełnione muszą być co najmniej dwa z podanych poniżej warunków:
a) bezwzględna liczba neutrofilii - 500 na milimetr sześcienny lub mniej,
b) bezwzględna liczba retikulocytów - 20.000 na milimetr sześcienny lub mniej,
c) liczba płytek krwi - 20.000 na milimetr sześcienny lub mniej;
22) takie **zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie wirusem HIV, przy łącznym spełnieniu poniższych warunków:
a) zakażenie wirusem HIV nastąpiło w wyniku uzasadnionego medycznie przetaczania krwi, po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
b) Ubezpieczony nie choruje na hemofilę lub inne choroby układu krwiotwórczego, w których wymagane jest cykliczne przetaczanie krwi; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli wynaleziona zostanie skuteczna metoda leczenia choroby AIDS lub innych objawów zakażenia wirusa HIV bądź też odkryta zostanie metoda leczenia skutecznie zapobiegająca pojawieniu się choroby AIDS; inne zakażenia wirusem HIV, w tym zakażenia będące wynikiem aktywności seksualnej lub dożylnego użycia narkotyków są

wyłączone z zakresu odpowiedzialności; jednocześnie Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do uzyskania dostępu do wszystkich próbek krwi potwierdzających zakażenie wirusem HIV u Ubezpieczonego oraz wykonania niezależnych badań tych próbek;
23) taką **chorobę Parkinsona**, która oznacza powoli postępującą, zwyrodnieniową chorobę ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę; choroba powinna zostać jednoznacznie rozpoznana, przy czym muszą zostać spełnione łącznie wymienione poniżej warunki - choroba:
a) nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu,
b) ma charakter postępujący,
c) musi powodować trwałą i nieodwracalną niezdolność Ubezpieczonego do poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na tym samym poziomie - bez konieczności pomocy osoby drugiej;
24) taki **oponiak mózgu**, który oznacza guz mózgu weryfikowany badaniem histologicznym jako oponiak mózgu; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone inne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, tj. torbiele, ziarniniaki, malformacje wewnątrzczaszkowe, guzy przysadki i rdzenia kręgowego;
25) takie **zapalenie mózgu**, które oznacza ostrą chorobę zapalną mózgu, która doprowadziła do powstania trwałych objawów ubytkowych (uszkodzenia struktury mózgu); wystąpienie zapalenia mózgu oraz trwałych objawów ubytkowych musi zostać potwierdzone jednoznacznie przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego;
26) taką **dystrofię mięśniową**, która oznacza grupę genetycznie uwarunkowanych miopatii (chorób pierwotnie mięśniowych) o charakterze zwyrodnieniowym, cechujących się osłabieniem i zanikiem mięśni przebiegającym bez zajęcia układu nerwowego. Świadczenie z tytułu niniejszej umowy będzie należne, jeśli u Ubezpieczonego zostanie rozpoznana dystrofia mięśniowa powodująca wystąpienie deficytu neurologicznego, którego następstwem jest trwała i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
27) taką **schyłkową niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza albo encefalopatii wątrobowej;
28) taką **chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. spinal muscular atrophy, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. progressive bulbar palsy, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. amyotrophic lateral sclerosis, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. primary lateral sclerosis, PLS). Świadczenie będzie należne, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do:
a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków;

29) takie **pierwotne nadciśnienie płucne**, które oznacza chorobę objawiającą się wzrostem ciśnienia krwi w tętnicy płucnej w wyniku pierwotnych zmian w naczyniach płucnych. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęta jest postać pierwotnego nadciśnienia płucnego powikłana wystąpieniem istotnego powiększenia prawej komory serca potwierdzonego w badaniach obrazowych, powodującego wystąpienie niewydolności krążenia zliczanej do Klasy IV wg Klasyfikacji NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego);

30) takie **kleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie mózgu wywołane przez wirusa kleszczowego zapalenia mózgu; odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie postaci kleszczowego zapalenia mózgu, gdzie powikłania utrzymujące się przez okres co najmniej 6 tygodni doprowadziły do powstania trwałych ubytków neurologicznych (potwierdzonych jednoznacznie przez dokumentację z leczenia szpitalnego); wystąpienie poważnego zachorowania musi zostać dodatkowo potwierdzone badaniem płynu mózgowo - rdzeniowego,

31) taką **posocnicę (sepsa)**, która oznacza uogólnione zakażenie dwójką zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (meningokok) lub zakażenie paciorkowcem zapalenia płuc (pneumokok); odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie posocznicy przebiegającej z niewydolnością wielonarządową, która musi być związana z nieprawidłowym działaniem dwóch lub więcej narządów bądź układów: nerek, nadnerczy, wątroby, układu krążenia, układu oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego lub układu krwiotwórczego;

32) taką **chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe nieswoiste zapalenie ziarninujące jelita. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie postaci choroby Crohna powikłanej wytworzeniem się licznych przetok, niedrożności lub perforacji jelita. Rozpoznanie poważnego zachorowania musi zostać równocześnie potwierdzone wynikiem badania histologicznego;

33) taką **chorobę Alzheimera**, która oznacza postępującą chorobę zwyrodnieniową mózgu cechującą się obecnością rozszanych zmian zanikowych całej kory mózgowej potwierdzoną wystąpieniem charakterystycznych zmian histologicznych. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje jedynie w przypadku, gdy z powodu choroby Alzheimera łącznie:

a) u Ubezpieczonego potwierdzone zostało trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu,
b) badania neurologiczne i neuropsychiatryczne potwierdzają istnienie obniżonej sprawności umysłowej, w tym osłabienie funkcji poznawczej,
c) Ubezpieczony wymaga stałego nadzoru osób trzecich;

34) taki **ciężki uraz głowy** (będący następstwem nieszczęśliwego wypadku), który spowodował wystąpienie deficytu neurologicznego skutkującego powstaniem trwałej i nieodwracalnej utraty możliwości samodzielnej egzystencji objawiające się niemożnością:

a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków,
c) komunikowania się z otoczeniem poprzez ustne wypowiedzi;

35) taką **utratę możliwości samodzielnej egzystencji**, która oznacza tylko i wyłącznie taki stan zdrowia, będący wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku, gdzie Ubezpieczony nie był zdolny do wykonania trzech z sześciu wymienionych poniżej Czynności Dnia

Codziennego przez okres co najmniej 6 miesięcy. Utrata możliwości samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego musi mieć charakter trwały, co oznacza, że nie ulegnie on zmianie w przewidywalnej przyszłości. Czynności Dnia Codziennego to:

a) zdolność do samodzielnego umycia się w wannie lub pod prysznicem (włączając w to czynność wchodzenia i wychodzenia do/z wanny lub pod/spod prysznic/a) lub samodzielnego wykonania zabiegów w zakresie higieny osobistej;
b) zdolność do samodzielnego zakładania i zdejmowania jakichkolwiek części garderoby, w tym także, o ile jest to wymagane, wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych,
c) zdolność od samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji,
d) zdolność do samodzielnego przemieszczania się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem,
e) zdolność do samodzielnego korzystania z toalety lub zdolność do utrzymania higieny osobistej,
f) zdolność do samodzielnego spożywania gotowych i podanych posiłków.

2. W przypadku jednoczesnego wystąpienia dwóch lub więcej niżej wymienionych poważnych zachorowań:

a) choroby Alzheimera,
b) ciężkiego urazu głowy,
c) choroby neuronu nerwowego,
d) dystrofii mięśniowej,
e) kleszczowego zapalenia mózgu

lub innego poważnego zachorowania skutkującego utratą możliwości samodzielnej egzystencji przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno świadczenie, za jedno poważne zachorowanie, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego in situ sutka lub gruczołu krokowego istnieje, jeżeli nowotwór ograniczony jest do tkanki sutka lub gruczołu krokowego oraz jednocześnie zmiana została zweryfikowana badaniem histologicznym jako carcinoma in situ; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

a) każdy nowotwór łagodny z dużym ryzykiem zezłośliwienia (stan przedrakowy),
b) każda zmiana opisana histologicznie jako dysplazja,
c) nowotwór złośliwy będący objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

za datę wystąpienia zdarzenia uznaje się datę pobrania materiału do badania histologicznego.

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 38

1. W rocznicę polisy w roku, w którym osoba objęta odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania kończy 69 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania odpowiednio Ubezpieczonego lub małżonka:

1) w ramach zakresu podstawowego - ulega ograniczeniu wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek oraz przeszczepu narządu,
2) w ramach zakresu rozszerzonego - ulega ograniczeniu wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu oraz poparzenia,

- 3) w ramach zakresu maksymalnego - ulega ograniczeniu wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu, poparzenia oraz utraty kończyn,
 - 4) w ramach zakresu maksymalnego plus - ulega ograniczeniu wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu, poparzenia, utraty kończyn oraz tocznia rumieniowatego układowego,
 - 5) w ramach zakresu komfort - ulega ograniczeniu wyłącznie do wystąpienia niewydolności nerek, przeszczepu narządu, poparzenia, utraty kończyn, tocznia rumieniowatego układowego oraz kleszczowego wirusowego zapalenia mózgu,
 - 6) w ramach odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego in situ sutka lub gruczołu krokowego - ulega zmianie i obejmuje wyłącznie wystąpienie nowotworu złośliwego w rozumieniu § 37 ust. 1 pkt 4), co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
2. Ograniczenie opisane w ust. 1 pkt 1)-6) stosuje się także w razie objęcia osoby odpowiedzialnością z tytułu poważnego zachorowania po rocznicy polisy, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu określonego rodzaju poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u danej osoby tego rodzaju zachorowania oraz innych poważnych zachorowań, które będą miały bezpośredni lub pośredni związek z zachorowaniem, z tytułu którego wypłacono wcześniej świadczenie.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony, małżonek albo dziecko będzie pozostawało przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie jest obejmowany odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie może być również objęte wystąpienie poważnego zachorowania u jego małżonka lub dziecka.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy poważnych zachorowań, które u Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania (w tym przed końcem okresu karencji) oraz poważnych zachorowań wynikających ze schorzeń, które były zdiagnozowane lub leczone przed objęciem danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania.

XXI. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W STOSUNKU DO ROSZCZEŃ Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ NASTĘPSTW ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO, UDARU MÓZGU LUB KRWOTOKU ŚRÓDMÓZGOWEGO

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 39

1. Ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 stosowane są w odniesieniu do świadczeń z tytułu:

- 1) zgonu Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

- 2) zgonu Ubezpieczonego lub małżonka w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 3) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy,
- 4) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 5) zgonu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu,
- 6) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
- 7) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego,
- 8) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
- 9) całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 10) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- 11) poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzeń wskazanych w ust. 1, jeśli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi w wyniku:

- 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
- 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
- 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonek lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 7) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu oraz w stanie po użyciu narkotyków lub środków psychotropowych o ile taki stan Ubezpieczonego miał wpływ na zajście zdarzenia; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- 8) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa (Ubezpieczonego tylko w okresie dwóch lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową), usiłowania samobójstwa lub próby samobójczej,

9) zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu),

10) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,

11) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień oraz bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku oraz całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jeżeli zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nastąpi w wyniku choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi.

4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie nastąpiło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.

XXII. LECZENIE SZPITALNE

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 40

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego w zakresie podstawowym lub w zakresie rozszerzonym.

2. Ryzyko leczenia szpitalne obejmuje leczenie w szpitalu rozumianym zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 30

3. W ramach zakresu podstawowego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 41 ust. 1-2.

4. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach zakresu podstawowego wyłącznie do leczenia szpitalnego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

5. W ramach zakresu rozszerzonego, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte są świadczenia wymienione w § 41 ust. 1-4.

6. Jako uzupełnienie zakresu podstawowego lub rozszerzonego, umowa ubezpieczenia może przewidywać dodatkowo objęcie odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:

1) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy,

2) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,

3) leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego (w rozumieniu § 37 ust. 1 pkt 1) lub krwotoku śródmózgowego (w rozumieniu § 34 ust. 2),

4) leczenia szpitalnego małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku,

5) leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego,

6) koszty leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego.

7. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego małżonka oraz dziecka jest wypłacane Ubezpieczonemu.

LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

§ 41

1. Jeżeli leczenie szpitalne Ubezpieczonego w szpitalu było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień leczenia szpitalnego w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Za każdy dzień leczenia szpitalnego Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego leczenia szpitalnego, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie w wysokości, o której mowa w zdaniu pierwszym, należne jest również za każdy dzień leczenia szpitalnego Ubezpieczonego w szpitalu niespodowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, o ile tego rodzaju leczenie szpitalne nie jest wyłączone z odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Jeżeli w okresie leczenia szpitalnego Ubezpieczony przebywał na OIOM-ie, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu za każdy dzień leczenia szpitalnego na OIOM-ie dodatkowo świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego leczenia szpitalnego.

4. Jeżeli bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego Ubezpieczony jest czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym leczeniem szpitalnym, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel uzna okres czasowej niezdolności do pracy za przerwany, jeżeli w jego trakcie Ubezpieczony ponownie rozpocznie leczenie szpitalne.

5. Jeżeli leczenie szpitalne Ubezpieczonego nastąpi z powodu jednego ze zdarzeń wskazanych w § 40 ust. 6 pkt 1)-3), Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu, za każdy dzień leczenia szpitalnego z tego powodu, dodatkowo świadczenie w odpowiedniej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie za 14 dni z tytułu jednego leczenia szpitalnego.

6. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu wszystkich świadczeń związanych z leczeniem szpitalnym Ubezpieczonego ulega ograniczeniu i dotyczy wyłącznie zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej. Ograniczenie opisane w zdaniu poprzednim stosuje się także w razie objęcia osoby odpowiedzialnością z tytułu leczenia szpitalnego po rocznicy polisy, o której tam mowa.

LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA

§ 42

1. Jeżeli leczenie szpitalne małżonka było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień leczenia szpitalnego, w okresie pierwszych 14 dni, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Za każdy dzień leczenia szpitalnego małżonka z powodu nieszczęśliwego wypadku, przypadający po 14 dniu tego leczenia szpitalnego, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 43

- Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego lub małżonka płatne jest za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
- Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli leczenie szpitalne Ubezpieczonego lub małżonka trwało nieprzerwanie dłużej niż 4 pełne dni kalendarzowe (lub 3 pełne dni kalendarzowe o ile zostało to przewidziane w umowie ubezpieczenia) i o ile leczenie szpitalne rozpoczęło się i trwało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się leczenie szpitalne uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy tego leczenia szpitalnego, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.
- Ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ubezpieczeniowego za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w leczeniu szpitalnym na skutek udzielenia przepustki.
- Pobyt w szpitalu może stanowić podstawę do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu leczenia szpitalnego, jeżeli zostanie on zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego leczenie szpitalne i wypisanie ze szpitala.
- Świadczenie, o którym mowa w § 41 ust. 4, będzie należne, jeżeli:
 - z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie ubezpieczeniowe, oraz
 - co najmniej 30 dni czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego lub małżonka mogą być wypłacone w danym roku (liczonym od dnia objęcia ubezpieczeniem pierwszego pracownika i każdej kolejnej rocznicy polisy) maksymalnie za 90 dni leczenia szpitalnego.
- Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego może zostać wypłacone przed wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala, jeżeli w okresie tego leczenia szpitalnego upłynęło 90 dni, o których mowa w ust. 6, a jednocześnie do 90 dnia Ubezpieczony przebywał w szpitalu nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni.
- Z wyjątkiem sytuacji wskazanej w ust. 7, świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w okresie leczenia szpitalnego zmarł a na podstawie otrzymanej dokumentacji nie jest możliwe ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Jeżeli Ubezpieczonemu nie jest należne świadczenie określone w § 40 ust. 1 albo ust. 2, wówczas z tytułu tego samego pobytu w szpitalu nie jest należne również żadne ze świadczeń dodatkowych, opisanych w § 40 ust. 6 i § 41 ust. 3 i 4.
- Jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu leczenia szpitalnego za ten dzień tylko jeden raz, z uwzględnieniem wyłączeń zawartych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

11. Lekarz kierujący do szpitala lub podpisujący kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inny dokument potwierdzający wypisanie ze szpitala nie może być członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego (członkami najbliższej rodziny są: małżonek, dziecko, rodzic, wnuk, rodzeństwo, teść, szwagier).

12. Leczenie szpitalne zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczęło się ono przed upływem 180 dni od daty wypadku.

13. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a leczeniem szpitalnym spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem musi istnieć związek przyczynowy.

14. Wysokość należnego świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego lub małżonka jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu leczenia szpitalnego lub w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy, o której mowa w § 41 ust. 4.

LECZENIE SZPITALNE DZIECKA

§ 44

- W przypadku leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w stałej wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, bez względu na okres leczenia szpitalnego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
- Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego dziecka przysługuje Ubezpieczonemu, jeżeli leczenie szpitalne dziecka trwało nieprzerwanie dłużej niż 6 pełnych dni kalendarzowych, o ile leczenie szpitalne rozpoczęło się i trwało w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Dzień, w którym rozpoczyna się leczenie szpitalne uznaje się za pierwszy pełny dzień kalendarzowy leczenia szpitalnego, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala. Do okresu leczenia szpitalnego nie zalicza się dni przerwy w leczeniu szpitalnym na skutek udzielenia przepustki.
- Aby Ubezpieczyciel przyjął odpowiedzialność za kolejne leczenie szpitalne, okres pomiędzy zakończeniem jednego leczenia szpitalnego a rozpoczęciem kolejnego nie może być krótszy niż 4 dni.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy dziecka Ubezpieczonego w wieku od 1 roku do 25 lat (brany pod uwagę jest wiek dziecka w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego).
- W każdym roku (liczonym od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej dwa świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego dziecka, niezależnie od ilości posiadanych dzieci, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
- Wysokość należnego świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego.
- Leczenie szpitalne zostanie uznane za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli rozpoczął się on przed upływem 180 dni od daty wypadku.
- Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a leczeniem szpitalnym spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem musi istnieć związek przyczynowy.

KOSZTY LECZENIA POSZPITALNEGO UBEZPIECZONEGO

§ 45

1. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może dodatkowo wypłacić Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego w stałej wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. W każdym roku polisowym (liczonym od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy) Ubezpieczyciel wypłaci co najwyżej trzy świadczenia z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego zostanie wypłacone w przypadku jednoczesnej wypłaty świadczenia leczenia szpitalnego Ubezpieczonego trwającego co najmniej 4 pełne dni kalendarzowe (lub 3 pełne dni kalendarzowe o ile zostało to przewidziane w umowie ubezpieczenia).
4. Wysokość należnego świadczenia z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego jest ustalana na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w dniu zakończenia leczenia szpitalnego.
5. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat, zakres odpowiedzialności z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego ulega ograniczeniu i dotyczy wyłącznie zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku. Ograniczenie opisane w zdaniu poprzednim stosuje się także w razie objęcia osoby odpowiedzialnością z tytułu leczenia szpitalnego po rocznicy polisy, o której tam mowa.
6. Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazane w ustępach powyżej są uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 46

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęte leczenie szpitalne Ubezpieczonego, jego małżonka oraz dziecka w szpitalu z powodu:
 - 1) chorób będących przedmiotem leczenia szpitalnego przed objęciem Ubezpieczonego, małżonka oraz dziecka ubezpieczeniem lub w dacie objęcia ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2; postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do leczenia szpitalnego występującego po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka,
 - 2) wad wrodzonych lub ich następstw,
 - 3) zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) lub ich użycia, upośledzenia umysłowego, chorób wenerycznych, AIDS lub zakażenia wirusem HIV, bądź umyślnego samouszkodzenia ciała,
 - 4) operacji plastyczno - kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszczędzających lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) diagnozowania i leczenia bezpłodności,

- 6) leczenia lub zabiegów dentystycznych (poza pobytami w klinikach chirurgii szczękowej), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym Ubezpieczony, małżonka lub dziecko doznało także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
- 7) rehabilitacji lub pobytów sanatoryjnych bądź uzdrowiskowych, a także z powodu badań diagnostycznych,
- 8) hospitalizacji niezaleconej przez lekarza,
- 9) konsekwencji wcześniejszego wypisania się przez Ubezpieczonego, małżonka lub wypisania dziecka ze szpitala na własne żądanie,
- 10) pogorszenia się stanu zdrowia z powodu schorzenia, którego leczenia szpitalnego Ubezpieczony, małżonka lub przedstawiciel ustawowy dziecka odmówił w przeszłości,
- 11) udziału Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
- 12) udziału Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
- 13) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 14) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony, małżonka lub dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 15) działania Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu o ile powyższe miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- 16) skutków obrażeń doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej, umyślnego samookaleczenia ciała lub usiłowania popełnienia samobójstwa,
- 17) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 18) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego, małżonka lub dziecko pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień oraz bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
- 19) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.

2. Postanowień ust. 1 pkt 1) nie stosuje się, jeżeli przed objęciem ubezpieczeniem Ubezpieczony zrezygnował z obejmowania go inną umową ubezpieczenia w ramach której zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela obejmował odpowiednie świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka.

3. Ubezpieczyciel nie uzna leczenia szpitalnego Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka pracownika za spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, jeżeli zdarzenie będące przyczyną leczenia szpitalnego zostało spowodowane:

- 1) wystąpieniem przepukliny do ujawnienia której doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia, za wyjątkiem przepuklin urazowych,
- 2) dolegliwościami bólowymi kręgosłupa lub wypadnięciem jądra miazdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.

XXIII. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 47

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela może być objęte leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego na zasadach opisanych w niniejszym paragrafie.

2. Za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia uważa się:

- 1) **ablację** - zabieg kardiologiczny mający na celu fizyczne usunięcie ogniska bodźcotwórczego w miejscu jego powstawania w obszarze serca za pomocą prądu o częstotliwości radiowej;
- 2) **chemioterapię** - metoda leczenia choroby nowotworowej lekami z grupy leków L według klasyfikacji ATC podawanymi drogą pozajelitową;
- 3) **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** - zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu Ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w związku z występującymi zaburzeniami rytmu pochodzenia komorowego lub epizodami nagłego zatrzymania krążenia;
- 4) **radioterapię** - metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- 5) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** - zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu Ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca;
- 6) **leczenie immunologiczne** - metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C przy zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową;
- 7) **leczenie biologiczne** - metoda leczenia choroby Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub reumatoidalnego zapalenia stawów polegająca na dożylnym podawaniu leków z grupy blokerów TNF - alfa.

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje przeprowadzenie u Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela leczenia specjalistycznego, tj.:

- 1) chemioterapii albo radioterapii,
- 2) leczenia immunologicznego,
- 3) wszczepienia kardiowertera/ defibrylatora,
- 4) wszczepienia rozrusznika serca,
- 5) ablacji,
- 6) leczenia biologicznego.

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 48

1. W przypadku wystąpienia jednego ze zdarzeń określonych w § 47 ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu leczenia specjalistycznego, w następującej wysokości:

- 1) chemioterapia lub radioterapia - 100% kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- 2) leczenie immunologiczne - 100% kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- 3) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora - 50% kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- 4) wszczepienie rozrusznika serca - 50% kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia;
- 5) ablacja - 50% kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia);
- 6) leczenie biologiczne - 100% kwoty świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje leczenia specjalistycznego, które rozpoczęło się przed początkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego bądź jest następstwem choroby rozpoznanej przed tym dniem.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie danego leczenia specjalistycznego w stosunku do Ubezpieczonego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego leczenia specjalistycznego.

4. Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w przypadku radioterapii lub chemioterapii.

5. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu leczenia specjalistycznego wygasa, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

6. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w trakcie leczenia specjalistycznego, Ubezpieczyciel wypłaci jedynie świadczenie z tytułu zgonu, z wyjątkiem sytuacji gdy na podstawie otrzymanej dokumentacji jest możliwe ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

XXIV. OPERACJA CHIRURGICZNA UBEZPIECZONEGO

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 49

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Umowa ubezpieczenia może przewidywać ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela do operacji chirurgicznych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

3. Wysokość świadczenia zależna jest od zakwalifikowania danej operacji chirurgicznej do grupy, której w umowie ubezpieczenia przyporządkowana jest kwota świadczenia (oznaczenie grupy, do której należy dana operacja zamieszczone jest przy każdej operacji chirurgicznej, o której mowa w ust. 4).

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych wymienionych w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 50

1. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta operacja chirurgiczna, która nastąpiła z powodu:

- 1) chorób Ubezpieczonego będących przedmiotem leczenia przed objęciem Ubezpieczonego ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3; postanowień zdania pierwszego nie stosuje się do operacji chirurgicznych występujących po upływie 2 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego,
- 2) wad wrodzonych Ubezpieczonego lub ich następstw,
- 3) zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu), choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV,
- 4) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
- 5) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych bądź w przygotowaniach do nich,
- 6) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu o ile powyższe miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
- 9) skutków obrażeń Ubezpieczonego doznanych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej lub umyślnego samookaleczenia ciała bądź usiłowania popełnienia samobójstwa,
- 10) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 11) wypadku powstałego na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez uprawnień oraz bez aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,
- 12) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.

2. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta operacja chirurgiczna, która nie została zalecona przez lekarza.

3. Postanowień ust. 1 pkt 1) nie stosuje się, jeżeli przed objęciem pracownika ubezpieczeniem zrezygnował on z obejmowania ubezpieczeniem w ramach innej umowy ubezpieczenia, w której zakres odpowiedzialności obejmował świadczenie z tytułu operacji chirurgicznej.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu:

- 1) operacji lub zabiegów w których Ubezpieczony był dawcą narządu,
- 2) operacji plastyczno - kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń lub okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- 3) operacji zmiany płci,
- 4) zabiegów ginekologicznych typu: wyłyżczkowanie kanału szyjki i jamy macicy, założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy, usunięcie polipa z szyjki macicy, nacięcia gruczołu Bartholina,
- 5) leczenia i zabiegów dentystycznych (w tym wszczepienia implantu), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w wypadku, w którym ubezpieczony doznał także uszkodzeń innych narządów lub części ciała,
- 6) operacji w celach antykoncepcyjnych.

5. Ubezpieczyciel uznaje za jedną operację chirurgiczną kolejne etapy leczenia obejmujące standardowo wykonywane procedury chirurgiczne prowadzące do wyleczenia tej samej jednostki chorobowej oraz kolejne operacje chirurgiczne wykonywane w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, mające związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

6. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, Ubezpieczyciel wypłaci sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną jednak nie więcej niż kwotę świadczenia przewidywanego dla operacji z grupy 1.

7. Świadczenie z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej nie może zostać wypłacone, jeżeli Ubezpieczony w czasie wykonywania operacji zmarł.

8. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w danym roku trwania ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty świadczenia przewidywanego w umowie ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych z grupy 1. Ostatnim dniem roku trwania ubezpieczenia jest zawsze dzień poprzedzający rocznicę polisy.

9. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Ubezpieczonemu w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć dwukrotności świadczenia przewidywanego w umowie ubezpieczenia dla operacji chirurgicznych z grupy 1. Ograniczenie wskazane w zdaniu pierwszym nie dotyczy sytuacji, gdy kwoty świadczeń przekraczające wskazany powyżej limit wypłacane będą z tytułu operacji chirurgicznych będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który nie był przyczyną wypłat świadczeń przed przekroczeniem limitu.

10. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, którego przyczyną miała związek z wykonaną wcześniej operacją chirurgiczną, przed upływem 180 dni od przeprowadzenia operacji chirurgicznej, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu zgonu o kwotę wcześniej wypłaconego świadczenia z tytułu wystąpienia operacji chirurgicznej

11. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat zakres odpowiedzialności z tytułu operacji chirurgicznych ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku. Ograniczenie opisane w zdaniu poprzednim stosuje się także w razie objęcia osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu operacji chirurgicznych po rocznicy polisy, o której tam mowa.

12. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu operacji chirurgicznej będącej skutkiem nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 2), ust. 9 i ust. 11, zostanie wypłacone, jeżeli operacja chirurgiczna nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

13. Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wskazane w ustępach powyżej są uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

XXV. CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

ZASADY I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 51

1. Za dzień czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Wysokość należnego świadczenia ustalana jest na podstawie postanowień umowy ubezpieczenia aktualnych w danym dniu niezdolności do pracy.

3. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 30 dni, udokumentowanej zwolnieniem lekarskim potwierdzającym fakt zaistnienia tej niezdolności.

4. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego.

5. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane najdłużej za 150 dni w ciągu roku liczonego od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia i każdej kolejnej rocznicy polisy.

6. W rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 69 lat zakres odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy ulega ograniczeniu do zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku, co jest uwzględniane w kalkulacji składki ubezpieczeniowej. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpi przed upływem 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. Ograniczenie opisane w zdaniach poprzednich stosuje się także w razie objęcia osoby odpowiedzialnością z tytułu czasowej niezdolności do pracy po rocznicy polisy, o której mowa w zdaniu pierwszym.

7. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego z powodu:

1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakerstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,

2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,

3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,

4) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

5) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

6) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych, w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu, o ile powyższe miało wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego; stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,

7) umyślnego samookaleczenia ciała, usiłowania samobójstwa lub próby samobójczej przez Ubezpieczonego,

8) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV lub pochodnymi

9) zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu),

10) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem,

11) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia,

12) wad wrodzonych Ubezpieczonego lub ich następstw.

XXVI. ZGON WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 52

1. W przypadku zgonu:

1) małżonka,

2) dziecka,

3) rodzica,

4) teścia,

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu odpowiedniego świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.

2. Za dziecko, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), uważa się dziecko Ubezpieczonego - własne, przysposobione lub pasierba (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), żywo urodzone, w wieku do 25 lat.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczeń ubezpieczeniowych określonych w ust. 1, jeżeli zgon współubezpieczonego nastąpi w wyniku:

1) samobójstwa popełnionego przez współubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia współubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,

2) czynnego udziału współubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,

- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez współubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) umyślnego przyczynienia się Ubezpieczonego do zgonu współubezpieczonego.

XXVII. URODZENIE SIĘ DZIECKA

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 53

1. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu dziecka Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Kwota świadczenia należna jest za każde dziecko żywo urodzone w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, przy czym świadczenie nie jest należne jeżeli dziecko zmarło w dniu narodzin lub w dniu następnym.

XXVIII. URODZENIE SIĘ DZIECI WSKUTEK CIĄŻY MNOGIEJ

ZASADY I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 54

1. W przypadku urodzenia się Ubezpieczonemu kilkorga dzieci wskutek ciąży mnogiej Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tego tytułu, niezależnie od świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka.
2. Świadczenie z tytułu urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej przysługuje w kwocie określonej w umowie ubezpieczenia bez względu na liczbę żywo urodzonych dzieci.

XXIX. WADA WRODZONA DZIECKA

ZASADY I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 55

1. W przypadku stwierdzenia wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego wady wrodzonej, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie wad wrodzonych, powstałych w okresie zarodkowym lub płodowym.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, jeżeli leczenie przyczynowe wady zostało rozpoczęte przed ukończeniem przez dziecko trzeciego roku życia. Rozpoznanie i leczenie wady wrodzonej musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie dotyczy dzieci przysposobionych przez Ubezpieczonego oraz pasierbów Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z wystąpienia wady wrodzonej dziecka nie jest należne, jeżeli dziecko zmarło w pierwszych 30 dniach od urodzenia.
6. Z zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są wady:
 - 1) związane z chorobą AIDS lub zarażeniem dziecka wirusem HIV bądź pochodnymi w okresie zarodkowym lub płodowym,
 - 2) powstałe na skutek przyjmowania przez matkę alkoholu, narkotyków lub leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim,

- 3) powstałe na skutek czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu przez matkę.

XXX. URODZENIE MARTWEGO NOWORODKA

ZASADY ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 56

W przypadku urodzenia martwego noworodka Ubezpieczonego Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, jeżeli urodzenie zostało zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Ubezpieczonemu został wydany akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

XXXI. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ZGONU UBEZPIECZONEGO

ZASADY I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 57

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty, każdemu dziecku Ubezpieczonego - własnemu, przysposobionemu lub pasierbowi (jeżeli nie żyje ojciec lub matka dziecka), w wieku do 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do 25 lat lub bez względu na wiek w razie całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej przez organ rentowy) świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Za uczęszczanie do szkoły uznaje się kształcenie się w szkole publicznej lub niepublicznej, państwowej lub niepaństwowej szkole wyższej, znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, wieczorowym lub zaocznym w rozumieniu przepisów o oświacie i szkolnictwie wyższym z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następnym:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem,
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej.

XXXII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 58

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2-9, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje w pierwszej kolejności beneficjentowi głównemu.
3. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazywania beneficjenta głównego i beneficjenta dodatkowego.

4. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują w braku odmiennego wskazania przez Ubezpieczonego proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.

5. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.

6. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.

7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:

1) małżonkowi - w całości,

2) dzieciom - w równych częściach, w przypadku braku małżonka lub gdy małżonkowi nie przysługuje świadczenie,

3) rodzicom - w równych częściach, w przypadku braku małżonka i dzieci lub gdy małżonkowi lub dzieciom nie przysługuje świadczenie,

4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w częściach wskazanych w postanowieniu o stwierdzeniu nabycia spadku lub akcie notarialnym poświadczającym dziedziczenie.

8. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie oświadczenia w tym przedmiocie.

9. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

ZAWIADOMIENIE O ZDARZENIU

§ 59

1. Ubezpieczony ma obowiązek powiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczony informuje Ubezpieczyciela o okolicznościach i skutkach, istotnych dla ustalenia zakresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Spełnienie obowiązku, o którym mowa w zdaniach poprzednich winno nastąpić w terminie 3 miesięcy od daty zaistnienia zdarzenia.

2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w ust. 1 Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia zakresu roszczenia lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 60

1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba występująca z roszczeniem winna przedłożyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności lub wysokości roszczenia:

1) zgłoszenie roszczenia,

2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, skrócony odpis aktu małżeństwa bądź skrócony odpis aktu urodzenia dziecka - w zależności czy zdarzenie dotyczy Ubezpieczonego, małżonka czy dziecka Ubezpieczonego (do wglądu),

3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu Ubezpieczonego lub współubezpieczonego, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,

4) dokumentację dotyczącą nieszczęśliwego wypadku i leczenia niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku,

5) kartę wypadku - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku przy pracy,

6) decyzję organu rentowego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,

7) dokumentację dotyczącą leczenia - w przypadku występowania z roszczeniem wynikającym z choroby lub wypadku,

8) dokumentację potwierdzającą leczenie szpitalne (w tym potwierdzenie okresu pobytu na OIOM - ie) - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu leczenia szpitalnego,

9) dokumentację medyczną potwierdzającą wykonanie leczenia specjalistycznego - w przypadku występowania z roszczeniem z tytułu leczenia specjalistycznego,

10) zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza, potwierdzające niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpieczonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy - w przypadku występowania z roszczeniem związanym z czasową niezdolnością do pracy,

11) własny dokument tożsamości (do wglądu).

2. Osoba występująca z roszczeniem może również zgłosić roszczenie przez stronę www.ergohestia.pl, natomiast dokumenty wskazane w ust. 1 powyżej przedłożyć Ubezpieczycielowi w formie elektronicznej.

3. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1, o ile okaże się to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, o których Ubezpieczyciel poinformuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

4. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 3 powyżej, winny być dostarczone Ubezpieczycielowi na koszt osoby występującej z roszczeniem.

5. Ubezpieczony, małżonek lub dziecko, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

6. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 5, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, małżonka lub dziecka, mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską. Informacje, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, określające stan zdrowia Ubezpieczonego, wpływają na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

8. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 mogą być składane za pośrednictwem Ubezpieczającego. W przypadku składania dokumentów do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego, datą złożenia dokumentów u Ubezpieczyciela jest data wpływu tych dokumentów do Ubezpieczyciela.

TERMIN WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 61

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.

XXXIII. ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY

§ 62

1. Ubezpieczony może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jeżeli:

- 1) przestał być pracownikiem Ubezpieczającego - pod warunkiem obejmowania ubezpieczeniem przez okres co najmniej 6 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki pracownik objęty był ubezpieczeniem w ramach innej umowy ubezpieczenia, z którego zrezygnował bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia),
- 2) przebywa na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub urlopie bezpłatnym oraz w sytuacji gdy umowa o pracę, którą Ubezpieczony zawarł z Ubezpieczającym lub umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy - bez względu na okres obejmowania ubezpieczeniem,
- 3) w przypadku zakończenia ochrony określonej w § 13 ust. 1 pkt 5.

2. Ubezpieczonemu małżonkowi oraz dziecku przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na warunkach wskazanych w umowie ubezpieczenia, jeżeli:

- 1) zmarł ubezpieczony pracownik, którego małżonek lub dziecko jest objęte ubezpieczeniem albo
- 2) ubezpieczony pracownik zawarł umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

OBOWIĄZEK UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 63

1. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia o możliwości zawarcia umowy indywidualnej, zgodnie z warunkami obowiązującymi w odniesieniu do takich umów u Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczyciel nie dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego wobec Ubezpieczonych zawierających umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY

§ 64

1. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin, obowiązujących u Ubezpieczyciela w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierane będą z zastosowaniem:
 - 1) sumy ubezpieczenia stosowanej w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim dniu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupy Ubezpieczonych oraz
 - 2) składki ubezpieczeniowej dostosowanej do wysokości sumy ubezpieczenia i wyznaczonej w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 4 pkt 3).
3. Na wniosek Ubezpieczającego, złożony przed zawarciem umowy ubezpieczenia, umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierane będą z zastosowaniem:
 - 1) składki ubezpieczeniowej stosowanej w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim dniu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupy Ubezpieczonych oraz
 - 2) sumy ubezpieczenia dostosowanej do wysokości składki ubezpieczeniowej i wyznaczonej w oparciu o taryfę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 4 pkt 3).
4. Zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, w tym zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz wysokość składki ubezpieczeniowej wynikają z:
 - 1) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1,
 - 2) pakietu świadczeń opisanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 i wskazanego w umowie ubezpieczenia (grupowego),
 - 3) taryfy ubezpieczeniowej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, aktualnej w dacie składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

5. W wyniku zastosowania postanowień ust. 1-4 zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być odmienne od zasad obowiązujących w ramach grupy Ubezpieczonych.

WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY

§ 65

1. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie tej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, nie później niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach umowy ubezpieczenia (grupowego).

2. Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień przekazania go Ubezpieczycielowi.

XXXIV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA

§ 66

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy ubezpieczenia mogą być składane w formie pisemnej lub w inny sposób ustalony między stronami, chyba że przepisy obowiązującego prawa wymagają złożenia oświadczenia w szczególnej formie.

2. Jeżeli strona umowy ubezpieczenia zmieniła adres zamieszkania to powinna zawiadomić o tym drugą stronę umowy. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.

3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia będą dostarczane drugiej stronie drogą elektroniczną, za pomocą wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu odpowiednio: z zastosowaniem programu wykorzystywanego przez strony do obsługi umowy ubezpieczenia bądź na wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela lub numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

ZAGUBIENIE LUB ZNISZCZENIE POLISY

§ 67

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia polisy ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat polisy na wniosek Ubezpieczającego. Z datą wydania duplikatu oryginał polisy staje się nieważny, co zostanie potwierdzone na duplikacie.

PODATKI I OPŁATY

§ 68

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.

2. Podatki i opłaty związane z płatnościami składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wskazuje w załączniku do polisy ubezpieczeniowej lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

4. W umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wykluczona jest możliwość: zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia, wypłaty kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy oraz wypłaty z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie ubezpieczenia.

ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

§ 69

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Rzeczypospolitej Polskiej lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego, ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 70

Jeżeli obowiązek zwrotu przez Ubezpieczyciela składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia wynika ze zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, kwota podlegająca zwrotowi może być wypłacona łącznie ze świadczeniem ubezpieczeniowym jeżeli uprawnionym do zwrotu jest ta sama osoba co uprawniony do otrzymania świadczenia.

WŁAŚCIWOŚĆ PRAWA, ZMIANY W UMOWIE

§ 71

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

OBŚŁUGA REKLAMACJI PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

§ 72

1. Skargi lub zażalenia Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia mogą być zgłaszane do Ubezpieczyciela poprzez jeden z dostępnych kanałów kontaktu, tj.:

- 1) pisemnie - na adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
- 2) mailowo - na adres: skargi@ergohestia.pl,
- 3) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl,
- 4) telefonicznie - podczas kontaktu z infolinią Ubezpieczyciela pod numerem tel. 801 107 107 lub 58 555 5 555.

2. Skargi rozpatrywane są przez dedykowaną jednostkę wyznaczoną przez Zarząd Ubezpieczyciela.

3. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu w ciągu 14 dni roboczych od zgłoszenia, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.

4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uprawnionego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 73

Ubezpieczonemu, Ubezpieczającemu lub innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia uwag do Miejskiego i Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

INFORMACJE POUFNE

§ 74

1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczyciela zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępnione osobom trzecim poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

2. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez Ubezpieczającego zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy ubezpieczenia objęte są tajemnicą i mogą być udostępnione osobom trzecim wyłącznie po uzyskaniu zgody Ubezpieczyciela.

DATA WEJŚCIA W ŻYCIE

§ 75

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2014 roku i obowiązują do umów ubezpieczenia zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska



Załączniki do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin Hestia Rodzina

KOD: HR 01/14

1. LISTA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

W ramach ubezpieczenia na wypadek wystąpienia operacji chirurgicznej odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych wymienionych poniżej:

OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO

1. Rozległa resekcja tkanki mózgowej - grupa 1
2. Wycięcie zmiany tkanki mózgowej - grupa 1
3. Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej - grupa 1
4. Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej - grupa 2
5. Wszczepienie stymulatora mózgu - grupa 2
6. Wentrykulostomia - grupa 2
7. Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu - grupa 2
8. Przeszczep nerwu czaszkowego - grupa 1
9. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego - grupa 1
10. Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego - grupa 2
11. Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego - grupa 2
12. Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego - grupa 1
13. Operacja naprawcza nerwu czaszkowego - grupa 1
14. Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego - grupa 1
15. Usunięcie zmiany opony mózgu - grupa 1
16. Rekonstrukcja opony twardej - grupa 1
17. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej - grupa 1
18. Drenaż przestrzeni podoponowej - grupa 1
19. Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego - grupa 1
20. Operacja korzenia nerwu rdzeniowego - grupa 1
21. Wycięcie nerwu obwodowego - grupa 3
22. Zniszczenie nerwu obwodowego - grupa 3
23. Wycięcie zmiany nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną - grupa 2
24. Sympatektomia szyjna - grupa 2

OPERACJE UKŁADU ENDOKRYNOLOGICZNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO

1. Wycięcie przysadki mózgowej - grupa 1
2. Zniszczenie przysadki mózgowej - grupa 2
3. Operacja szyszynki - grupa 1
4. Wycięcie tarczycy - grupa 2
5. Częściowe wycięcie tarczycy - grupa 3
6. Wycięcie przytarczyc - grupa 2
7. Wycięcie grasicy - grupa 2
8. Wycięcie nadnercza - grupa 2
9. Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy - grupa 2
10. Częściowe wycięcie sutka - grupa 3
11. Całkowite wycięcie sutka - grupa 2
12. Całkowita rekonstrukcja sutka - grupa 1
13. Nacięcie sutka - grupa 3
14. Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego - grupa 3

OPERACJE OKA

1. Wycięcie gałki ocznej - grupa 2
2. Usunięcie zmiany oczodołu - grupa 2
3. Protezowanie gałki ocznej - grupa 3
4. Rewizja protezy gałki ocznej - grupa 3
5. Operacyjna plastyka oczodołu - grupa 2
6. Nacięcie oczodołu - grupa 3
7. Rozcięcie kąta szpary powiekowej - grupa 3
8. Usunięcie zmiany powieki - grupa 3
9. Wycięcie nadmiaru powieki - grupa 3
10. Rekonstrukcja powieki - grupa 3
11. Korekcja deformacji powieki - grupa 3
12. Korekcja opadania powieki - grupa 2
13. Nacięcie powieki - grupa 3
14. Ochronne zeszywanie szpary powiekowej - grupa 3
15. Operacja gruczołu łzowego - grupa 3
16. Zespolecie dróg łzowych z jamą nosową - grupa 2
17. Operacja kanału łzowego - grupa 3
18. Złożona operacja na mięśniach okoruchowych - grupa 2
19. Repozycja mięśnia okoruchowego - grupa 2
20. Usunięcie mięśnia okoruchowego - grupa 2
21. Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego - grupa 2
22. Usunięcie zmiany spojówki - grupa 3

23. Operacja naprawcza spojówki - grupa 3
24. Nacięcie spojówki - grupa 3
25. Wycięcie zmiany rogówki - grupa 3
26. Plastyka rogówki - grupa 2
27. Operacja naprawcza rogówki - grupa 3
28. Nacięcie rogówki - grupa 3
29. Usunięcie zmiany twardówki - grupa 3
30. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem - grupa 2
31. Nacięcie twardówki - grupa 3
32. Wycięcie tęczy - grupa 3
33. Nacięcie tęczy z wytworzeniem przetoki - grupa 2
34. Nacięcie tęczy - grupa 3
35. Usunięcie ciała rzęskowego - grupa 2
36. Zewnętrzne usunięcie soczewki - grupa 2
37. Wewnętrzne usunięcie soczewki - grupa 2
38. Nacięcie torebki soczewki oka - grupa 3
39. Wprowadzenie sztucznej soczewki - grupa 2
40. Operacja ciała szklistego - grupa 2
41. Zniszczenie zmiany siatkówki - grupa 3

OPERACJE UCHA

1. Wycięcie ucha zewnętrznego - grupa 2
2. Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego - grupa 3
3. Plastyka ucha zewnętrznego - grupa 2
4. Drenaż ucha zewnętrznego - grupa 3
5. Otwarcie wyrostka sutkowatego - grupa 2
6. Operacja naprawcza błony bębenkowej - grupa 2
7. Drenaż ucha środkowego - grupa 3
8. Rekonstrukcja kosteczek słuchowych - grupa 2
9. Usunięcie zmiany ucha środkowego - grupa 2
10. Operacja trąbki Eustachiusza - grupa 2
11. Operacja ślimaka - grupa 1
12. Operacja aparatu przedsionkowego - grupa 2

OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO

1. Wycięcie nosa - grupa 2
2. Plastyka nosa - grupa 2
3. Operacja przegrody nosa - grupa 3
4. Operacja małżowiny wewnętrznej nosa - grupa 3
5. Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego - grupa 3
6. Operacja nosa zewnętrznego - grupa 3
7. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego - grupa 3
8. Operacja zatoki czołowej - grupa 3
9. Operacja zatoki klinowej - grupa 3
10. Operacja zatoki nosa - grupa 3
11. Wycięcie gardła - grupa 1
12. Operacja naprawcza gardła - grupa 2

13. Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia) - grupa 2
14. Wycięcie krtani - grupa 2
15. Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą - grupa 2
16. Rekonstrukcja krtani - grupa 1
17. Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu - grupa 3
18. Częściowe wycięcie tchawicy - grupa 1
19. Plastyka tchawicy - grupa 2
20. Protezowanie tchawicy metodą otwartą - grupa 2
21. Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) - grupa 3
22. Otwarta operacja ostrogi tchawicy - grupa 2
23. Częściowe usunięcie oskrzela - grupa 2
24. Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) - grupa 2
25. Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) - grupa 2
26. Przeszczep płuca - grupa 1
27. Wycięcie płuca - grupa 1
28. Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą - grupa 1
29. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych) - grupa 2
30. Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu - grupa 2

OPERACJE JAMY USTNEJ

1. Częściowe wycięcie wargi - grupa 3
2. Usunięcie zmiany wargi - grupa 3
3. Korekcja deformacji wargi - grupa 2
4. Wycięcie języka - grupa 2
5. Usunięcie zmiany języka - grupa 3
6. Nacięcie języka - grupa 3
7. Usunięcie zmiany podniebienia - grupa 3
8. Korekcja deformacji podniebienia - grupa 2
9. Wycięcie migdałków - grupa 3
10. Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów) - grupa 3
11. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł) - grupa 2
12. Wycięcie ślinianki - grupa 3
13. Usunięcie zmiany ślinianki - grupa 3
14. Nacięcie gruczołu ślinowego - grupa 3
15. Przeszczepienie przewodu ślinowego - grupa 3
16. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą - grupa 3
17. Podwiązanie przewodu ślinowego - grupa 3
18. Poszerzenie przewodu ślinowego - grupa 3

OPERACJE GÓRNEJ CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO

1. Wycięcie przełyku i żołądka - grupa 1
2. Całkowite wycięcie przełyku - grupa 1
3. Częściowe wycięcie przełyku - grupa 2
4. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą - grupa 2
5. Zespolenie omijające przełyku - grupa 1
6. Rewizja zespolenia przełyku - grupa 2
7. Operacja naprawcza przełyku - grupa 1
8. Wytworzenie przetoki przełykowej - grupa 2
9. Nacięcie przełyku - grupa 2
10. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą - grupa 2
11. Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą - grupa 2
12. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową - grupa 3
13. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofazoskopu - grupa 3
14. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej - grupa 2
15. Operacja antyrefluksowa - grupa 3
16. Rewizja po zabiegu antyrefluksowym - grupa 3
17. Całkowite wycięcie żołądka - grupa 1
18. Częściowe wycięcie żołądka - grupa 2
19. Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą - grupa 2
20. Operacja plastyczna żołądka - grupa 2
21. Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze - grupa 2
22. Zespolenie żołądkowo-czcze - grupa 2
23. Gastrostomia - grupa 3
24. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka - grupa 2
25. Pyloromyotomia - grupa 2
26. Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową - grupa 3
27. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą - grupa 2
28. Zespolenie omijające dwunastnicy - grupa 2
29. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy - grupa 2
30. Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu - grupa 3
31. Wycięcie jelita czczego - grupa 2
32. Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą - grupa 2
33. Jejunostomia - grupa 2
34. Zespolenie omijające jelita czczego - grupa 2
35. Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu - grupa 2
36. Wycięcie jelita krętego - grupa 2
37. Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą - grupa 2
38. Zespolenie omijające jelita krętego - grupa 2
39. Rewizja zespolenia jelita krętego - grupa 2
40. Wytworzenie ileostomii - grupa 2
41. Rewizja ileostomii - grupa 2
42. Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym - grupa 3
43. Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu - grupa 2

OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

1. Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych - grupa 3
2. Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy - grupa 1
3. Całkowite wycięcie okrężnicy - grupa 1
4. Rozszerzona prawostronna hemikolektomia - grupa 2
5. Resekcja poprzecznicy - grupa 2
6. Lewostronna hemikolektomia - grupa 2
7. Wycięcie esicy - grupa 2
8. Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą - grupa 2
9. Zespolenie omijające okrężnicy - grupa 2
10. Wyłonienie jelita ślepego - grupa 2
11. Nacięcie okrężnicy - grupa 2
12. Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy - grupa 3
13. Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu - grupa 2
14. Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu - grupa 3
15. Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu - grupa 3
16. Wycięcie odbytnicy - grupa 1
17. Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą - grupa 2
18. Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą - grupa 2
19. Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu - grupa 2
20. Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze - grupa 2
21. Wycięcie odbytu - grupa 2
22. Wycięcie zmiany odbytu - grupa 3
23. Operacja naprawcza odbytu - grupa 2
24. Wycięcie hemoroidów - grupa 3
25. Drenaż przez okolicę krocza - grupa 3
26. Wycięcie zatoki włosowej - grupa 3

OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

1. Przeszczep wątroby - grupa 1
2. Częściowe wycięcie wątroby - grupa 1
3. Usunięcie zmiany wątroby - grupa 1
4. Nacięcie wątroby - grupa 3
5. Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu - grupa 2
6. Przewodniczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych - grupa 2
7. Wycięcie pęcherzyka żółciowego - grupa 3
8. Zespolenie pęcherzyka żółciowego - grupa 2
9. Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego - grupa 2
10. Nacięcie pęcherzyka żółciowego - grupa 3
11. Przeszkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego - grupa 3
12. Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego - grupa 2
13. Usunięcie zmiany dróg żółciowych - grupa 2
14. Zespolenie przewodu wątrobowego - grupa 1
15. Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego - grupa 2
16. Operacja naprawcza przewodu żółciowego - grupa 2

17. Nacięcie przewodu żółciowego - grupa 2
18. Przewodunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą - grupa 2
19. Przewodunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą - grupa 2
20. Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego - grupa 3
21. Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego - grupa 3
22. Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego - grupa 3
23. Przeszkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego - grupa 3
24. Endoskopowy zabieg terapeutyczny dróg żółciowych - grupa 3
25. Przeszkórna implantacja protezy przewodu żółciowego - grupa 3
26. Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra) - grupa 3
27. Przeszczep trzustki - grupa 1
28. Całkowite wycięcie trzustki - grupa 1
29. Wycięcie głowy trzustki - grupa 1
30. Usunięcie zmiany trzustki - grupa 2
31. Zespoleń przewodu trzustkowego - grupa 1
32. Otwarty drenaż trzustki - grupa 2
33. Nacięcie trzustki - grupa 2
34. Całkowite wycięcie śledziony - grupa 2

OPERACJE SERCA

1. Przeszczep płuc i serca - grupa 1
2. Korekcja całkowita tetralogii Fallota - grupa 1
3. Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda) - grupa 1
4. Korekcja całkowitego nieprawidłowego splotu żylnego - grupa 1
5. Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej - grupa 1
6. Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej - grupa 1
7. Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej - grupa 1
8. Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu - grupa 2
9. Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca - grupa 1
10. Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego - grupa 1
11. Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju - grupa 1
12. Plastyka przedsionka serca - grupa 1
13. Walwuloplastyka mitralna - grupa 1
14. Walwuloplastyka aortalna - grupa 1
15. Plastyka zastawki trójdzielnej - grupa 1
16. Plastyka zastawki tętnicy płucnej - grupa 1
17. Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca - grupa 1
18. Rewizja plastyki zastawki serca - grupa 1
19. Otwarta walwulotomia - grupa 1
20. Zamknięta walwulotomia - grupa 1
21. Przeszkórna operacja dotycząca zastawki serca - grupa 2
22. Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca - grupa 1

23. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej - grupa 1
24. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu - grupa 1
25. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy - grupa 1
26. Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną - grupa 1
27. Otwarta koronaroplastyka - grupa 1
28. Przeszkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej - grupa 2
29. Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca - grupa 1
30. Wszczepienie systemu wspomaganie serca - grupa 2
31. Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły - grupa 3
32. Inny stały sposób stymulacji serca - grupa 1
33. Wycięcie osierdzia - grupa 1
34. Drenaż osierdzia - grupa 2
35. Nacięcie osierdzia - grupa 2

OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH ORAZ ŻYLNICH

1. Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń - grupa 1
2. Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego - grupa 1
3. Przeszkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń - grupa 1
4. Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej - grupa 1
5. Zespoleń podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej - grupa 1
6. Operacja naprawcza tętnicy płucnej - grupa 1
7. Przeszkórna operacja tętnicy płucnej - grupa 2
8. Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego - grupa 1
9. Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych - grupa 1
10. Wymiana aortalnej protezy naczyniowej - grupa 1
11. Plastyka aorty - grupa 1
12. Przeznaczeniowa operacja aorty - grupa 2
13. Rekonstrukcja tętnicy szyjnej - grupa 1
14. Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej - grupa 2
15. Operacja tętniaka tętnicy mózgu - grupa 1
16. Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej - grupa 2
17. Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej - grupa 1
18. Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej - grupa 2
19. Rekonstrukcja tętnicy nerkowej - grupa 1
20. Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej - grupa 2
21. Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej - grupa 1
22. Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej - grupa 2
23. Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych - grupa 1
24. Rekonstrukcja tętnicy biodrowej - grupa 1
25. Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej - grupa 2
26. Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych - grupa 1
27. Rekonstrukcja tętnicy udowej - grupa 1
28. Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej - grupa 3
29. Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy - grupa 3
30. Wycięcie innej tętnicy - grupa 3

31. Operacja naprawcza innej tętnicy - grupa 3
32. Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic - grupa 3
33. Zespolecie tętniczo-żylny - grupa 3
34. Zespolecie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej - grupa 1
35. Wytworzenie zastawki żyły obwodowej - grupa 3
36. Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej - grupa 3
37. Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą - grupa 3
38. Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego - grupa 3

OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO

1. Przeszczep nerki - grupa 1
2. Całkowite wycięcie nerki - grupa 2
3. Częściowe wycięcie nerki - grupa 2
4. Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą - grupa 2
5. Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą - grupa 2
6. Nacięcie nerki - grupa 2
7. Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową - grupa 3
8. Operacja nerki przez nefrostomię - grupa 3
9. Wycięcie moczowodu - grupa 2
10. Wytworzenie przetoki moczowodowej - grupa 2
11. Reimplantacja moczowodu - grupa 2
12. Operacja naprawcza moczowodu - grupa 2
13. Nacięcie moczowodu - grupa 2
14. Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop - grupa 2
15. Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop - grupa 3
16. Operacja w zakresie ujścia moczowodu - grupa 3
17. Całkowite wycięcie pęcherza moczowego - grupa 1
18. Częściowe wycięcie pęcherza moczowego - grupa 2
19. Powiększenie pęcherza - grupa 2
20. Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej - grupa 3
21. Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową - grupa 2
22. Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza - grupa 3
23. Brzusznno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety - grupa 2
24. Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety - grupa 2
25. Przepochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety - grupa 2
26. Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety - grupa 3
27. Wycięcie prostaty metodą otwartą - grupa 2
28. Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny - grupa 3
29. Wycięcie cewki moczowej - grupa 2
30. Operacja naprawcza cewki moczowej - grupa 2
31. Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej - grupa 3
32. Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej - grupa 3

OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH MĘSKICH

1. Usunięcie moszny - grupa 3
2. Obustronne wycięcie jąder - grupa 2
3. Usunięcie zmiany jądra - grupa 3

4. Jednostronne wycięcie jądra - grupa 3
5. Obustronne sprowadzenie jąder - grupa 2
6. Protezowanie jądra - grupa 3
7. Operacja wodniaka jądra - grupa 3
8. Operacja najądrza - grupa 3
9. Wycięcie nasieniowodu - grupa 3
10. Operacja naprawcza powrózka nasiennego - grupa 2
11. Operacja żyłaków powrózka nasiennego - grupa 3
12. Operacja pęcherzyków nasiennych - grupa 2
13. Amputacja prącia - grupa 2
14. Usunięcie zmiany prącia - grupa 3
15. Operacja plastyczna prącia - grupa 3
16. Protezowanie prącia - grupa 3
17. Operacja napletka - grupa 3

OPERACJE ŻEŃSKIEGO UKŁADU ROZRODCZEGO

1. Operacja łechtaczki - grupa 3
2. Operacja gruczołu Bartholina - grupa 3
3. Wycięcie sromu - grupa 2
4. Wycięcie zmiany sromu - grupa 3
5. Operacja naprawcza w obrębie sromu - grupa 3
6. Nacięcie kanału pochwy - grupa 3
7. Wycięcie pochwy - grupa 3
8. Nacięcie zrostów pochwy - grupa 3
9. Usunięcie zmiany pochwy - grupa 3
10. Operacja plastyczna pochwy - grupa 3
11. Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy - grupa 3
12. Plastyka sklepienia pochwy - grupa 3
13. Operacja w obrębie zatoki Douglase'a - grupa 3
14. Wycięcie szyjki macicy - grupa 3
15. Wycięcie zmiany szyjki macicy - grupa 3
16. Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną - grupa 2
17. Wycięcie macicy drogą przezpochwową - grupa 2
18. Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy - grupa 3
19. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy - grupa 2
20. Wycięcie macicy z przydatkami ze wskazań onkologicznych - grupa 1
21. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy - grupa 3
22. Częściowe wycięcie jajowodu - grupa 3
23. Wszczepienie protezy jajowodu - grupa 3
24. Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów - grupa 3
25. Nacięcie jajowodu - grupa 2
26. Operacja dotycząca strzępków jajowodu - grupa 3
27. Częściowe wycięcie jajnika - grupa 3
28. Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika - grupa 3
29. Operacja naprawcza jajnika - grupa 3
30. Operacja endoskopowa dotycząca jajnika - grupa 3
31. Operacje więzadła szerokiego macicy - grupa 3
32. Operacja innego więzadła macicy - grupa 3

OPERACJE SKÓRY

1. Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego - grupa 2
2. Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego - grupa 3
3. Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno - grupa 3
4. Przeszczep płata skóry owłosionej - grupa 3
5. Przeszczep płata skórno z unerwieniem - grupa 2
6. Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno - grupa 3
7. Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego - grupa 3
8. Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego - grupa 3
9. Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry - grupa 3
10. Przeszczep płata śluzówki - grupa 3
11. Siatkowy autoprzyszczep skóry - grupa 3
12. Przeszczep śluzówki - grupa 3
13. Przeszczepienie innej tkanki do skóry - grupa 3
14. Wprowadzenie ekspandera pod skórę - grupa 3
15. Rewizja ekspandera w tkance podskórnej - grupa 3

OPERACJE TKANEK MIĘKKICH

1. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej - grupa 2
2. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej - grupa 2
3. Wycięcie opłucnej metodą otwartą - grupa 2
4. Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu - grupa 3
5. Operacja naprawcza pękniętej przepony - grupa 1
6. Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej - grupa 3
7. Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej - grupa 3
8. Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej - grupa 2
9. Pierwotna plastyka przepukliny udowej - grupa 3
10. Plastyka nawrotowej przepukliny udowej - grupa 2
11. Plastyka przepukliny pępkowej - grupa 3
12. Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej - grupa 3
13. Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej - grupa 2
14. Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu - grupa 3
15. Operacja dotycząca pępka - grupa 3
16. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej) - grupa 3
17. Drenaż otwarty jamy otrzewnej - grupa 3
18. Operacja dotycząca sieci - grupa 3
19. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego - grupa 3
20. Operacja dotycząca krezki okrężnicy - grupa 3
21. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej - grupa 3
22. Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej - grupa 3
23. Przeszczep powięzi - grupa 3
24. Wycięcie powięzi brzucha - grupa 3
25. Usunięcie zmiany powięzi - grupa 3
26. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna - grupa 3
27. Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna - grupa 3
28. Operacja kaletki maziowej - grupa 3

29. Przełożenie ścięgna - grupa 3
30. Wycięcie ścięgna - grupa 3
31. Pierwotna operacja naprawcza ścięgna - grupa 3
32. Wtórna operacja naprawcza ścięgna - grupa 2
33. Uwolnienie ścięgna - grupa 3
34. Zmiana długości ścięgna - grupa 3
35. Wycięcie pochewki ścięgna - grupa 3
36. Przeszczep mięśnia - grupa 2
37. Wycięcie mięśnia - grupa 3
38. Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia) - grupa 3
39. Uwolnienie przykurczu mięśnia - grupa 3
40. Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych - grupa 2
41. Drenaż węzła chłonnego - grupa 3
42. Operacja przewodu limfatycznego - grupa 2
43. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej - grupa 3

OPERACJE KOŚCI ORAZ STAWÓW

1. Operacja naprawcza czaszki - grupa 2
2. Otwarcie czaszki - grupa 1
3. Wycięcie kości twarzy - grupa 3
4. Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą - grupa 3
5. Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą - grupa 3
6. Wycięcie żuchwy - grupa 2
7. Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą - grupa 3
8. Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego - grupa 2
9. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny - grupa 1
10. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego - grupa 2
11. Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy - grupa 1
12. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje wycięcia krążka międzykręgowego kręgosłupa) - grupa 1
13. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego - grupa 1
14. Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa - grupa 2
15. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego - grupa 1
16. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego - grupa 1
17. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego - grupa 1
18. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego - grupa 1
19. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego - grupa 2
20. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego - grupa 1
21. Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego - grupa 2
22. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego - grupa 1
23. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa - grupa 2
24. Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa - grupa 2

25. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych - grupa 1
26. Usunięcie zmiany kręgosłupa - grupa 2
27. Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą - grupa 2
28. Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą - grupa 2
29. Całkowita rekonstrukcja kciuka - grupa 2
30. Całkowita rekonstrukcja przodostopia - grupa 2
31. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia - grupa 2
32. Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości - grupa 2
33. Wycięcie kości ektopowej - grupa 3
34. Usunięcie zmiany kości - grupa 2
35. Otwarte chirurgiczne złamanie kości - grupa 2
36. Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości - grupa 2
37. Rozdzielenie trzonu kości - grupa 2
38. Rozdzielenie kości stopy - grupa 3
39. Drenaż kości - grupa 3
40. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną - grupa 2
41. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną - grupa 2
42. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości - grupa 2
43. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości - grupa 2
44. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną - grupa 3
45. Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną - grupa 3
46. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości - grupa 3
47. Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu - grupa 2
48. Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu - grupa 2
49. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu - grupa 2
50. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu - grupa 2
51. Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu - grupa 2
52. Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu - grupa 2
53. Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu - grupa 2
54. Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu - grupa 2
55. Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu - grupa 2
56. Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu - grupa 2
57. Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu - grupa 3
58. Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu - grupa 3
59. Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha - grupa 3
60. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym - grupa 3
61. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym - grupa 3

62. Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu - grupa 3
63. Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu - grupa 2
64. Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu - grupa 2
65. Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą - grupa 3
66. Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą - grupa 2
67. Protezowanie ścięgna - grupa 2
68. Wzmocnienie ścięgna protezą - grupa 3
69. Operacja stabilizująca staw metodą otwartą - grupa 2
70. Uwolnienie przykurczu stawu - grupa 3
71. Operacja struktur okołostawowych palucha - grupa 3
72. Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej - grupa 3
73. Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych - grupa 3
74. Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych - grupa 3
75. Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego - grupa 3
76. Terapeutyczna endoskopia innego stawu - grupa 2

OPERACJE RÓŻNE

1. Reimplantacja kończyny górnej - grupa 2
2. Reimplantacja kończyny dolnej - grupa 2
3. Reimplantacja innego narządu - grupa 2
4. Wszczepienie protezy kończyny - grupa 1
5. Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia - grupa 2
6. Amputacja ręki na wysokości nadgarstka - grupa 3
7. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda - grupa 2
8. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy - grupa 3
9. Amputacja palucha - grupa 3

2. REGUŁA DZIEWIĄTEK WALLACE'A

Reguła dziewiątek służy do określenia oparzonej powierzchni ciała osoby w wieku powyżej 15 roku życia.

Powierzchnia ciała		Procent całkowitej powierzchni ciała
1)	Powierzchnia głowy	9%
2)	Powierzchnia całej kończyny górnej	9%
3)	Powierzchnia brzucha	9%
4)	Powierzchnia klatki piersiowej	9%
5)	Powierzchnia tylna tułowia	18%
6)	Powierzchnia całej kończyny dolnej	18%
7)	Powierzchnia krocza	1%

3. TABLICA LUNDA I BROWDERA

Tablice określają procent całkowitej powierzchni ciała dziecka w poszczególnych latach życia.

Powierzchnia ciała		1 miesiąc życia	1-4 rok życia	5-9 rok życia	10-14 rok życia	15 rok życia
1)	Głowa	19%	17%	13%	11%	9%
2)	Szyja	2%	2%	2%	2%	2%
3)	Przód tułowia	13%	13%	13%	13%	13%
4)	Tył tułowia	13%	13%	13%	13%	13%
5)	Pośladek	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
6)	Krocze	1%	1%	1%	1%	1%
7)	Ramię	4%	4%	4%	4%	4%
8)	Przedramię	3%	3%	3%	3%	3%
9)	Ręka	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
10)	Udo	5,5%	6,5%	8%	8,5%	9%
11)	Podudzie	5%	5%	5,5%	6%	6,5%
12)	Stopa	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska

