

Ogólne warunki ubezpieczenia grupowego

kod warunków: GSF01

Informacja dotycząca grupowego ubezpieczenia na życie z umowami dodatkowymi „Super Firma”

Zakres informacji	Postanowienie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
1. przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	Umowa podstawowa: §2, §20, §21 Umowy dodatkowe: §3, §5, §6, §7
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	Umowa podstawowa: §1 pkt. 2, 7-8, 10, 16, 26-27, §18, §19 Umowy dodatkowe: §2, §4, §5 Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru

Spis treści

Pakiet Podstawowy	3
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie	3
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	8
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	8
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy	9
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	10
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy	11
Pakiet Renta	12
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	12
Pakiet Rodzinny	14
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka	14
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Członka Rodziny	14
Ogólne Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie	15
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	16
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	17
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku	18
Pakiet Medyczny	19
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	19
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru	21
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby	22
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu	25
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji	26
Tabela świadczeń	28
Telediagnoza	30
Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza	30
Załącznik nr 1 – Formy zgłaszania roszczeń i katalog dokumentów wymaganych na potrzeby złożenia roszczenia	32
Załącznik nr 2 – Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych	34
Załącznik nr 3 – Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru	48

Umowa podstawowa

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie

Definicje

§1

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

1. **Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26,
2. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę. Za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu o przebiegu fizjologicznym oraz prawidłowego połogu,
3. **Data wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia** – dzień rozpoczęcia udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo z tytułu Umowy Ubezpieczenia określony w § 12,
4. **Karta Rejestracyjna** – formularz Towarzystwa, w którym osoba uprawniona do ubezpieczenia oświadcza wolę objęcia ubezpieczeniem i wskazuje Uposażonego,
5. **Małżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego,
6. **Miesięcznica polisy** – dzień miesiąca odpowiadający dniowi, w którym weszła w życie Umowa Ubezpieczenia. Miesięcznica polisy może przypadać najpóźniej 27 (dwudziestego siódmego) dnia miesiąca,
7. **Niepoczytalność** – utrata przez Ubezpieczonego możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu,
8. **Nieszczęśliwy Wypadek** – przypadkowe, nagłe, gwałtowne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wynikających z dźwignięcia lub przeciążenia,
9. **OWU** – ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie,
10. **Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
11. **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczającego, będącego osobą fizyczną, które ukończyło 18 rok życia,
12. **Reklamacja** – każde wystąpienie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, kierowane do Towarzystwa, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo lub jego działalności,
13. **Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu,
14. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia określający w szczególności zakres ubezpieczenia, uprawnień do ubezpieczenia, wysokości sum ubezpieczenia, Świadczeń, składek za poszczególne Pakiety oraz termin i tryb płatności składek,
15. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach dokonana na rzecz Ubezpieczonego lub Uposażonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
16. **Świadczenie pracy** – wykonywanie pracy na rzecz Ubezpieczającego w miejscu zatrudnienia lub w miejscu wykonywania pracy wskazanym przez Ubezpieczającego we wnioskowanym dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Pojęcie „świadczenie pracy” będzie odnosić się także do dni ustawowo lub regulaminowo wolnych od pracy, jeżeli pracownik wykonywał pracę na rzecz Ubezpieczającego w dniu bezpośrednio je poprzedzającym pod warunkiem, że pracownik nie był w tym dniu niezdolny do pracy,
17. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
18. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, zatrudniona przez Ubezpieczającego, objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający będący osobą fizyczną oraz Małżonek lub Pełnoletnie dziecko Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną,
19. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia,
20. **Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Towarzystwem na podstawie OWU,
21. **Umowa dodatkowa** – umowa rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Towarzystwo o dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe, zawierana łącznie z Umową podstawową lub w czasie obowiązywania Umowy podstawowej pod warunkiem zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego o rozszerzenie zakresu udzielanej ochrony,
22. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa podstawowa, Umowy dodatkowe oraz Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia,
23. **Uposażony** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
24. **Uposażony zastępczy** – osoba wyznaczona na piśmie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczeń przewidzianych Umową Ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma wskazanego Uposażonego lub Uposażony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia,
25. **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpieczonego,
26. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych, łożdi lub nart wodnych lub zawody konne** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie, przez osoby uczestniczące, optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada, łożdi lub nart wodnych lub zawody konne,
27. **Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS)** jest używany w znaczeniu nadanym przez definicję Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zespół Nabytego Niedoboru Odpornościowego (AIDS) obejmuje zakażenie wirusem HIV, encefalopatię (otępienie) oraz zespół wyniszczenia, będące wynikiem zakażenia wirusem HIV.

Rodzaj, przedmiot i zakres ubezpieczenia

§2

1. Niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem na życie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
3. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpieczonego, życie lub zdrowie członków rodziny Ubezpieczonego, jeżeli tak przewiduje Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
5. Zakres ubezpieczenia może obejmować wystąpienie innych zdarzeń, jeżeli tak przewiduje Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.
6. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa sumy ubezpieczenia właściwe dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

§3

1. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą podpisania przez Ubezpieczającego i Towarzystwo Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
2. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas określony dwunastu miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
3. Umowa Ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile umowa nie zostanie rozwiązana zgodnie z postanowieniami § 5 lub wygaśnie zgodnie z postanowieniami § 13 OWU lub o ile Towarzystwo, najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia, nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia lub propozycji przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach, w szczególności związanej ze zmianą wysokości składki.

4. W przypadku złożenia przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 3 Umowa Ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny Rok Ubezpieczenia pod warunkiem doręczenia Towarzystwu pisemnej akceptacji propozycji Towarzystwa najpóźniej w ostatnim dniu poprzedzającym kolejny Rok Ubezpieczenia. W przypadku zapłaty przez Ubezpieczającego składki w zaproponowanej przez Towarzystwo wysokości, wynikającej wyłącznie ze zmiany stawek ubezpieczeniowych, uznaje się, że Ubezpieczający zaakceptował propozycję przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
5. Jednocześnie z zawarciem Umowy Ubezpieczenia albo w terminie późniejszym w czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia mogą zostać zawarte Umowy dodatkowe.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia

§4

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, ze skutkiem natychmiastowym, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od daty zawarcia umowy.
2. W takim przypadku Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę po potrąceniu jej części za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

§5

1. Umowa Ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie przez Ubezpieczającego za pisemnym wypowiedzeniem ze skutkiem na koniec trzeciego miesiąca licząc od Miesięcznicy polisy następującej po wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
2. Równocześnie z rozwiązaniem Umowy podstawowej ulegają rozwiązaniu wszelkie Umowy dodatkowe.

Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia

§6

1. Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia:
 - a) wymaga każdorazowo formy pisemnej pod rygorem nieważności,
 - b) wymaga dla swej skuteczności zgody Ubezpieczonego, jeżeli jest to zmiana na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do przekazania pisemnie Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego, Ubezpieczający obowiązany jest do uzyskania pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian.
4. W przypadku nie przekazania informacji, o której mowa w ust. 2 powyżej Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. Zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia polegające na podwyższeniu sumy ubezpieczenia lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia dotyczą wyłącznie:
 - pracowników aktywnie świadczących pracę na rzecz Ubezpieczającego we wnioskowanym dniu zmiany warunków, oraz
 - Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną oraz jego Małżonka i Pełnoletnie dzieci, pod warunkiem potwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej tych osób.

Zobowiązania Ubezpieczającego

§7

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do naliczania i zapłaty składki należnej z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz wypełniania innych obowiązków wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczać Towarzystwu zgodnie z jego wymaganiami wszelkie informacje i dokumenty niezbędne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz do ustalenia praw Ubezpieczonego do Świadczenia. W szczególności jest zobowiązany sporządzić, bieżąco aktualizować i przysyłać Towarzystwu listę Ubezpieczonych z podziałem na pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i inne formy zatrudnienia wraz z Kartami Rejestracyjnymi złożonymi przez osoby uprawnione do ubezpieczenia oraz listę osób, których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, w terminie do ostatniego dnia przed Miesięcznicą polisy rozpoczynającą miesiąc obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się przekazywać Towarzystwu dane Ubezpieczonego niezbędne do przesyłania korespondencji.
4. Ubezpieczający zobowiązuje się udostępnić do wglądu Towarzystwu, dokumenty znajdujące się w jego posiadaniu, mające znaczenie dla odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia, jak również wysokości składki.
5. Ubezpieczający w szczególności zobowiązany jest niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni, przekazywać Towarzystwu oświadczenia składane za jego pośrednictwem przez Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania osobie uprawnionej do ubezpieczenia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Super Firma” oraz Warunków Ubezpieczenia „Świadczenia Assistance” przed wyrażeniem przez tą osobę zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.
7. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości Świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, jeżeli wysokość tych Świadczeń ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia oraz zmianie Świadczenia ustalonego na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni po otrzymaniu takiej informacji od Towarzystwa.
8. W przypadku nie przekazania informacji, o której mowa w ust. 7 powyżej Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

Składka

§8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowej i prawidłowej zapłaty składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
2. Składki należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia są płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Datą opłacenia składki jest dzień wpływu należnej składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Pierwsza składka w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia płacona jest w dniu jej zawarcia. Następne składki płacone są w terminie do ostatniego dnia przed Miesięcznicą polisy rozpoczynającą okres, za który należna jest składka.
4. Ubezpieczający najpóźniej w ostatnim dniu przed Miesięcznicą polisy rozpoczynającą okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przysyła w formie pisemnej wykaz zgodny z wymogami Towarzystwa, określający listę Ubezpieczonych oraz kwotę składki odprowadzonej na rzecz każdego z nich.

Prolongata na zapłacenie składki

§9

1. Dopuszczalny okres prolongaty na zapłacenie składek, tj. okres zwłoki Ubezpieczającego w zapłacie składki, wynosi 31 dni licząc od terminu płatności określonego w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, z wyjątkiem terminu płatności pierwszej składki.
2. W okresie prolongaty Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej i zawartych Umów dodatkowych.
3. W okresie prolongaty Towarzystwo nie nalicza odsetek za zwłokę.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia składki w terminie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania.
5. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona do końca okresu określonego w ust. 4, ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem okresu prolongaty, lecz nie wcześniej niż dnia następnego po upływie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania, o którym mowa

- w ust. 4. w przypadku braku zapłaty składki, do końca okresu określonego w ust. 4, za wszystkich ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy, Umowę Ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego z upływem terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić część składki należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Obliczanie składek z tytułu Umowy podstawowej i Umów dodatkowych

§10

1. Wysokość oraz tryb płatności składki określony jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Składki z tytułu Umowy podstawowej i z tytułu każdej z Umów dodatkowych są określone przez Towarzystwo w każdym Roku Ubezpieczenia, przy uwzględnieniu liczby oraz struktury demograficznej Ubezpieczonych, rodzaju wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych, statystyk szkodowości, wyłączenia i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa oraz okresów odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową

§11

1. Uprawniona do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest osoba w wieku od 16 roku życia, która nie ukończyła 64 roku życia:
 - a) zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy zlecenia zawartej na okres co najmniej 6 miesięcy;
 - b) osoba prowadząca działalność gospodarczą współpracująca z Ubezpieczającym przez okres co najmniej 6 miesięcy
 - c) Ubezpieczający, gdy jest osobą fizyczną oraz jego Małżonek i Pełnoletnie dziecko, nie będący osobami uprawnionymi na podstawie ust 1 pkt a)-b).
2. Towarzystwo w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia określa wymagania dotyczące potwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany zasad potwierdzenia zdolności ubezpieczeniowej w odniesieniu do osób nowo przystępujących w trakcie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
4. Uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie nabywają pracownicy czasowo nie świadczący pracy na rzecz Ubezpieczającego. W stosunku do tych osób nabycie uprawnienia jest odroczone do Miesięcznicy polisy następującej po powrocie do Świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego.
5. Małżonek Ubezpieczającego, który jest osobą fizyczną nie jest uprawniony do ubezpieczenia w zakresie Pakietu Rodzinnego. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie stosuje się jeśli Małżonek Ubezpieczającego jest osobą uprawnioną na podstawie ust 1 pkt a)-b).

Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

§12

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się dnia następnego po łącznym spełnieniu wymienionych niżej warunków:
 - a) podpisanie Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i
 - b) zapłacenie składki zgodnej z zawartą Umową Ubezpieczenia i
 - c) dostarczenie do Towarzystwa:
 - oryginałów Kart Rejestracyjnych
 - dokumentów potwierdzających zdolność ubezpieczeniową osób mających zostać objętymi ochroną ubezpieczeniową zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia,
 - listy pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia,
 - kopii Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i
 - d) spełnienie warunku określonego w § 13 i
 - e) potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej zgodnie ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
2. Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej dla osób uprawnionych do ubezpieczenia zostanie potwierdzona Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się najpóźniej 27 (dwudziestego siódmego) dnia miesiąca.
4. Jeśli spełnienie warunków określonych w ust. 1 nastąpiło 27 (dwudziestego siódmego) dnia miesiąca lub w dniach późniejszych tego miesiąca, w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z 1 (pierwszym) dniem następnego miesiąca.
5. W przypadku osób nowo zatrudnionych ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od Miesięcznicy polisy, następującej po łącznym spełnieniu wymienionych niżej warunków:
 - nabycie uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową zgodnie z § 11 i
 - zapłacenie składki zgodnej z zawartą Umową Ubezpieczenia i
 - dostarczenie do Towarzystwa Kart Rejestracyjnych i
 - potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej zgodnie ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
6. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia w terminie późniejszym niż do Miesięcznicy polisy następującej po upływie 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnienia do ubezpieczenia lub po uprzednim wygaśnięciu ubezpieczenia na skutek nie opłacenia należnych składek objęcie ubezpieczeniem następuje po dostarczeniu dokumentów potwierdzających zdolność ubezpieczeniową zgodnie z wymaganiami Towarzystwa. w takim przypadku termin rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zostanie potwierdzony Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
7. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdej chwili, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji. w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa kończy się w terminie wskazanym w § 14 ust. 3. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy podstawowej jest równoznaczna z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy dodatkowej.

Wymagania uczestnictwa

§13

1. W dniu wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia i ostatniego dnia każdego Roku Ubezpieczenia objętych ubezpieczeniem będzie:
 - 100% osób uprawnionych do ubezpieczenia, jeżeli uprawnionych do ubezpieczenia jest co najmniej 3 i nie więcej niż 10 osób,
 - 75% osób uprawnionych do ubezpieczenia i nie mniej niż 10 osób, jeżeli uprawnionych do ubezpieczenia jest co najmniej 11 osób.
2. Minimalna liczba osób objętych ubezpieczeniem wynosi 3 osoby, które są pracownikami zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę lub są Ubezpieczającym (gdy jest osobą fizyczną). Maksymalna liczba osób wynosi 50.
3. Jeżeli w ostatnim dniu pierwszego Roku Ubezpieczenia lub następnie w terminach płatności kolejnych składek nie zostaną spełnione warunki przewidziane w ust. 1 lub 2, Umowa Ubezpieczenia wygasa w dniu poprzedzającym Miesięcznicę polisy, bezpośrednio przypadającą po otrzymaniu przez Ubezpieczającego od Towarzystwa zawiadomienia o niespełnieniu tych warunków.

Zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej

§14

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo Ubezpieczonemu kończy się:
 - a) z upływem ostatniego dnia poprzedzającego Miesięcznicę polisy, jeżeli pomiędzy nią a poprzednią Miesięcznicą polisy przypadło jedno ze zdarzeń:
 - I. ukończenie przez Ubezpieczonego wieku 65 lat,
 - II. ustanie zatrudnienia lub utrata przez Ubezpieczonego uprawnienia do ubezpieczenia,
 - III. rozpoczęcie przez Ubezpieczonego urlopu bezpłatnego lub wychowawczego dłuższego niż jeden miesiąc,
 - IV. powołanie do pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych
 - V. rozwiązanie związku małżeńskiego – w przypadku Małżonka Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną,

- b) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - c) z dniem wypłaty przez Towarzystwo Świadczenia z tytułu niezdolności do pracy.
- W przypadkach określonych w punkcie b) i c) Towarzystwo zwróci część składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku nie opłacenia składki ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w terminie wskazanym w § 9 ust.5.
 3. Poza przypadkami wymienionymi w ust. 1 ochrona ubezpieczeniowa kończy się, w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z ubezpieczenia, w ostatnim dniu poprzedzającym najbliższą Miesięcznicę polisy, następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo pisemnej informacji o rezygnacji. Składka ubezpieczeniowa powinna być zapłacona za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
 4. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

Indywidualna kontynuacja ubezpieczenia

§15

1. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu wygasa z powodu:
 - a) ustania zatrudnienia lub
 - b) utraty uprawnienia do ubezpieczenia zgodnie z kryterium określonym w § 11 ust. 1, i jeśli trwała nieprzerwanie przez nie mniej niż 6 miesięcy, to Ubezpieczony ma możliwość zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie bez udokumentowania zdolności do ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej.
2. Złożenie pisemnego wniosku Ubezpieczonego o dokonanie zamiany na indywidualną umowę ubezpieczenia na życie wraz z zapłatą pierwszej składki z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie powinny zostać dokonane w ciągu 60 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
3. Indywidualna umowa ubezpieczenia na życie wejdzie w życie z datą wskazaną w tej umowie.
4. Indywidualna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w jednej z form zaproponowanych przez Towarzystwo a składka ubezpieczeniowa zostanie dostosowana do aktualnego wieku i klasy ryzyka w momencie wejścia w życie umowy ubezpieczenia indywidualnego.
5. W przypadku zgonu w okresie 31 dni od dnia rozpoczęcia okresu uprawniającego do złożenia wniosku o zamianę ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej, jeśli indywidualna umowa ubezpieczenia nie została zawarta.

Uposażony

§16

1. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo do samodzielnej wskazania i zmiany osoby Uposażonego.
2. Zmiana lub odwołanie Uposażonego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego, pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziałów w Świadczeniu, wówczas Uposażeni otrzymują równe części Świadczeń przysługujących im na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub każdy z Uposażonych nie żyje lub żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać Uposażonemu zastępczemu. Postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego zastępczego lub gdy żaden z Uposażonych zastępczych nie jest uprawniony do Świadczenia, Świadczenie będzie przypadać członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonkowi,
 - b) W przypadku braku małżonka – dzieciom własnym lub przysposobionym Ubezpieczonego w równych częściach,
 - c) W przypadku braku małżonka i dzieci – rodzicom Ubezpieczonego w równych częściach,
 - d) W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców – spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym zgodnie z prawomocnym postanowieniem sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym aktem poświadczenia dziedziczenia.
7. Jeżeli Ubezpieczony i Uposażony utracili życie podczas grożącego im wspólnie niebezpieczeństwa i na podstawie zgromadzonej dokumentacji nie można ustalić dokładnej chwili zgonu każdego z nich, domniemywa się, że zmarli jednocześnie. W przypadku gdy zgony nastąpiły równocześnie, uznaje się, że Uposażony nie dożył chwili śmierci Ubezpieczonego.
8. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu śmierci Ubezpieczonego jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to prawo do części świadczenia przysługującego temu Uposażonemu przechodzi na pozostałych Uposażonych, przy zachowaniu proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego. Postanowienia opisane w zdaniu poprzedzającym mają odpowiednie zastosowanie do Uposażonych zastępczych.

Waluta

§17

Wszystkie składki i Świadczenia są płacone w polskich złotych.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§18

Samobójstwo

Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej nie zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w okresie dwóch lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Ryzyko wojenne

Świadczenie z tytułu Umowy podstawowej ani z tytułu Umów dodatkowych nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub członka rodziny Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku jego aktywnego udziału w wojnie. Wojna oznacza zorganizowaną walkę zbrojną między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub operacje wojenne bądź inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, lub ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego lub wojny.

Skutki zatajenia informacji

§19

Towarzystwo będzie zwolnione z odpowiedzialności w przypadku zatajenia informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało przed rozpoczęciem udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie trzech lat od rozpoczęcia udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, chyba że okoliczności te pozostają bez wpływu na zaistnienie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Umową Ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie

§20

1. W wypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo, po otrzymaniu niezbędnej dokumentacji, wypłaci Uposażonemu Świadczenie równe określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia.
2. Świadczenie takie zostanie wypłacone w terminach i na zasadach określonych w § 21.

Wypłata Świadczeń

§21

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia Towarzystwo w terminie 7 dni prześle osobie zgłaszającej roszczenie niezbędne formularze lub informacje w celu udokumentowania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo.
3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji dotyczącej zdarzenia ubezpieczeniowego oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
5. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zbadania okoliczności śmierci, w tym wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych oraz weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do Świadczenia i zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
6. Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będą wypłacane Uposażonemu.
7. Inne Świadczenia będą wypłacane Ubezpieczonemu, zaś w przypadku śmierci Ubezpieczonego wszelkie Świadczenia, które powinny być wypłacone Ubezpieczonemu zostaną wypłacone jego spadkobiercom. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić Świadczenie z Umowy podstawowej, łącznie ze Świadczeniami należnymi z tytułu Umów dodatkowych, jeżeli takie są należne, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
8. Jeżeli osoba uprawniona do Świadczenia nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia.

Reklamacje

§22

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może złożyć reklamację:
 - a) Pisemnie na adres Towarzystwa: MetLife TUnZiR S.A., ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
 - b) Elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl
 - c) Telefonicznie pod numerem +48 22 523 50 70 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
 - d) Osobiście w biurze głównym Towarzystwa lub w jednej z Agencji MetLife. Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa
2. Każda reklamacja złożona zgodnie z ust. 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje niezwłocznie składającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.
4. O ile składający reklamację nie złożył wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na reklamację zostanie udzielona przez Towarzystwo w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia reklamacji.
5. „Polityka rozpatrywania Reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.
6. Osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, może zwrócić się w sprawie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

Prawo właściwe, właściwość sądów, sprawozdania

§23

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Działalność Towarzystwa podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa po zakończeniu roku sprawozdawczego.

Postanowienia kolizyjne

§24

Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i postanowieniami OWU rozstrzyga Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.

Podatki

§25

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego.

W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.)

Postanowienia dodatkowe

§26

1. W Umowie Ubezpieczenia, która przewiduje, że składki finansowane są całkowicie lub częściowo przez Ubezpieczającego, stosuje się postanowienia określone w ust. 2 i 3.
2. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie jest Ubezpieczający.
3. Umowa Ubezpieczenia, w okresie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto, wyklucza:
 - a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
 - b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
 - c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego prowadzące do śmierci Ubezpieczonego powstały w wyniku:

- wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - w wyniku tych obrażeń śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
- W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w niniejszych Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

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

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego prowadzące do śmierci Ubezpieczonego powstały w wyniku:

1. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miążdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skażenia lub zranienia),
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek owietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że
 - 1) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
 - 2) w wyniku tych obrażeń śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w niniejszych Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

Nieszczęśliwy Wypadek w Pracy – Nieszczęśliwy Wypadek, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej oraz który wystąpił w czasie, w którym Ubezpieczony pozostawał w dyspozycji Ubezpieczającego w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy lub który wystąpił w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub w czasie podróży służbowej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem pracownika, które nie pozostaje w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań. Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego prowadzące do śmierci Ubezpieczonego powstały w wyniku:

- wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- choroby, niepełnosprawności czynnej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
- uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
- usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy,
- wykonywania pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Wypłata Świadczeń

§6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że
 - Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - w wyniku tych obrażeń śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku w Pracy i
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
- W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w niniejszych Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Uszczerbek na zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny Ubezpieczonego lub złamanie nie powodujące trwałej straty funkcji organizmu,
- Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, które spowodowały Uszczerbek na zdrowiu, powstały w wyniku:

1. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skałeczenia lub zranienia),
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia na podstawie Załącznika nr 2: „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część niniejszej Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na zdrowiu zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
2. W przypadku Złamania kości nie powodującego straty funkcji organizmu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5 pod warunkiem, że Nieszczęśliwy Wypadek wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej oraz bezpośrednią i wyłączną przyczyną Złamania był Nieszczęśliwy Wypadek.
3. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Uszczerbku na zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie z tytułu Umowy podstawowej.
5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

§7

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów, kończyn lub złamania, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narzodom, układom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego uprzednio.
3. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Ubezpieczonego, w przypadku Uszczerbku na zdrowiu lewej kończyny górnej, będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Uszczerbku na zdrowiu prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za lewą kończynę górną.
4. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczony pozostaje nadal uprawniony do ubezpieczenia i jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed tym zdarzeniem.
5. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu oraz potwierdzenia trwałego charakteru Uszczerbku na zdrowiu.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy

Postanowienia ogólne

§1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Niezdolności do Pracy (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§2

Użytym w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:
Niezdolność do Pracy – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, to jest nie rokująca poprawy, niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania działalności gospodarczej i wykonywania pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, zgodnej z jego wykształceniem i przyuczeniem zawodowym i doświadczeniem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, lub Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego na skutek Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanej w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do Pracy powstała w wyniku:

1. Choroby, jeśli procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie było zalecone lub prowadzone w ciągu 5 lat przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
2. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
3. wszelkich zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, w tym nerwic (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10),
4. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego, albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
5. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łożdi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
6. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
7. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. Niezdolność do Pracy na skutek Nieszczęśliwego Wypadku

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:

- a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała i
 - d) Niezdolność do Pracy rozpoczęła się w okresie obowiązywania Umowy dodatkowej oraz trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i na zakończenie tego okresu pozostaje całkowitą i trwałą, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
2. Niezdolność do Pracy na skutek Choroby
W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu rozpoznania choroby będącej przyczyną Niezdolności do Pracy, określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) choroba będąca przyczyną Niezdolności do Pracy została rozpoznana po raz pierwszy po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) Niezdolność do Pracy rozpoczęła się w okresie obowiązywania Umowy dodatkowej oraz trwała nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy i na zakończenie tego okresu pozostaje całkowitą i trwałą, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 3. Wypłata Świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
 4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia całkowitego i trwałego charakteru Niezdolności do Pracy.
 5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Pakiet Renta

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyтым w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

Trwałe Inwalidztwo – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego ustalone na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu, układu lub kończyny.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

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

1. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. obrażeń odniesionych w czasie usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. Jednorazowe świadczenie
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci jednorazowe Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało nieprzerwanie przez sześć kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nie rokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
 - 2) Wysokość jednorazowego Świadczenia jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wskazanym przez Ubezpieczającego.
 - 3) Wypłata jednorazowego Świadczenia nastąpi po okresie leczenia i zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa.
2. Miesięczne świadczenie
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu miesięczne Świadczenie, pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
 - d) Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało nieprzerwanie przez sześć kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nie rokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
 - 2) Wysokość miesięcznego Świadczenia oraz okres przez jaki będzie ono wypłacane są określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wskazanym przez Ubezpieczającego.
 - 3) Wypłata miesięcznego Świadczenia rozpocznie się po okresie leczenia i zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa.
 - 4) Miesięczne Świadczenie na pisemny wniosek Ubezpieczonego może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych Świadczeń miesięcznych.
 - 5) W przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzymującego miesięczne Świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych Świadczeń zostanie wypłacona jednorazowo jego spadkobiercom.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

§7

1. Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o Załącznik nr 2: „Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
2. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn, Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała, sumując procenty uszczerbku odpowiadające poszczególnym narządom, układom lub kończynom zgodnie z Załącznikiem nr 2 – „Tabelą norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”.
3. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, przy ocenie stopnia inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem zaistniałym w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, uwzględniany będzie stopień inwalidztwa istniejącego uprzednio. Prawo do Świadczenia będzie przysługiwało w przypadku kiedy wartość procentowa orzeczonego inwalidztwa pomniejszonego o inwalidztwo istniejące uprzednio będzie spełniała definicję Trwałego inwalidztwa zgodnie z § 2 Warunków.

4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego Inwalidztwa odpowiadającego Warunkom. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania rozszereżeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią Warunków. Wszelkie Świadczenia należne z tytułu Umowy dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Pakiet Rodzinny

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka

Postanowienia ogólne

§1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§2

Użyty w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Małżonka Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej w terminie późniejszym niż do Miesiącznicy polisy następującej po upływie 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnień do ubezpieczenia, a śmierć Małżonka nastąpi w terminie sześciu miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej, odpowiedzialność Towarzystwa ogranicza się będzie wyłącznie do następstw Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w trakcie ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie śmierci Małżonka nie spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem w terminie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka wygasa z upływem ostatniego dnia poprzedzającego Miesiącznicę, w którym Małżonek ukończył 65 rok życia.

Wypłata Świadczeń

§5

W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Członka Rodziny

Postanowienia ogólne

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Członka Rodziny (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Definicje

§2

Użyty w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Członek Rodziny** – Dziecko oraz Rodzic Ubezpieczonego;
2. **Dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia.
3. **Rodzic** –
 - a) matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Macochę Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Ojczyma Ubezpieczonego.

- b) matka lub ojciec Małżonka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Jeżeli matka Małżonka Ubezpieczonego nie żyje definicja rodzica obejmuje również Macochę Małżonka Ubezpieczonego. Jeżeli ojciec Małżonka Ubezpieczonego nie żyje, definicja rodzica obejmuje również Ojczyma Małżonka Ubezpieczonego.
4. **Macocha** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego lub ojca małżonka Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub biologiczną matką małżonka Ubezpieczonego, oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego lub po ojcu małżonka Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego lub biologiczną matką małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
5. **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego lub matki małżonka Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub biologicznym ojcem małżonka Ubezpieczonego, oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego lub po matce małżonka Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego lub biologicznym ojcem małżonka Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty Członka Rodziny rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej w terminie późniejszym niż do Miesięcznicy polisy następującej po upływie 3 miesięcy od dnia nabycia uprawnienia do ubezpieczenia, a śmierć Dziecka lub Rodzica nastąpi w terminie sześciu miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa ograniczać się będzie wyłącznie do następstw Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia w trakcie ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie śmierci Dziecka lub Rodzica Ubezpieczonego nie spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w terminie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wypłata Świadczeń

§5

1. Świadczenie z tytułu śmierci Dziecka zostanie wypłacone pod warunkiem, że Dziecko urodziło się żywe.
2. Liczba Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu śmierci Rodzica nie może przekroczyć czterech.
3. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Rodzinnego Ubezpieczenia na Życie

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Osierocenie dziecka** – śmierć Ubezpieczonego mającego dziecko własne lub przysposobione w wieku do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia;
2. **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się Ubezpieczonemu:
 - dziecka żywego własnego lub przysposobionego,
 - dziecka martwego nie wcześniej niż po upływie dwudziestego drugiego tygodnia ciąży.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Osierocenie dziecka lub Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek Osierocenia dziecka rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ubezpieczenia na wypadek Urodzenia się dziecka rozpoczyna się po upływie dziewięciu miesięcy licząc od dnia wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.

Wypłata Świadczeń

§5

1. W przypadku Urodzenia się dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

2. W przypadku Osierocenia dziecka Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego (własnemu lub przysposobionemu w wieku do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia) Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. W przypadku Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny niż Towarzystwo zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek urodzenia się dziecka bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i rezygnujących z tego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust. 2 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa w części odpowiadającej liczbie miesięcy, przez które działała ochrona ubezpieczeniowa w poprzednim zakładzie ubezpieczeń z tytułu tej umowy. W takim przypadku Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości niższego z następujących świadczeń:
 - a) świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w poprzednim zakładzie ubezpieczeń, albo
 - b) świadczenia wynikającego z ubezpieczenia w zakresie Umowy dodatkowej.Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:
 - ubezpieczeniem zostało objętych co najmniej dziesięć osób uprawnionych,
 - ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem umowę dodatkową na wypadek urodzenia się dziecka zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, wariant, sumę ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia,Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia z dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
4. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytym w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Małżonka Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z upływem ostatniego dnia poprzedzającego Miesięcznicę polisy, następującą po dniu, w którym Małżonek ukończył 65 rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka prowadzące do śmierci Małżonka powstały w wyniku:

1. Nieszczęśliwego Wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Małżonka w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub usiłowania popełnienia lub popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Życie Małżonka, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) Małżonek odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - 2) w wyniku tych obrażeń śmierć Małżonka nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - 3) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Małżonka były wyżej wymienione obrażenia ciała.

2. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniu Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyty w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Uszczerbek na zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny lub złamanie nie powodujące trwałej straty funkcji kończyny,
2. **Złamanie** – medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Uszczerbek na zdrowiu Małżonka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z upływem ostatniego dnia poprzedzającego Miesięcznicę polisy, następującą po dniu, w którym Małżonek ukończył 65 rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Małżonka, które spowodowały Uszczerbek na zdrowiu, powstały w wyniku:

1. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Małżonka w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Małżonka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Małżonka albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia na podstawie Załącznika nr 2: „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”, stanowiącej integralną część niniejszej Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem, że:
 - a) Małżonek odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na zdrowiu Małżonka zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka były wymienione wyżej obrażenia ciała.
2. W przypadku Złamania kości nie powodującego straty funkcji organizmu Małżonka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5 pod warunkiem, że Nieszczęśliwy Wypadek wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej oraz bezpośrednią i wyłączną przyczyną Złamania był Nieszczęśliwy Wypadek.
3. Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Wypłata świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie z tytułu Umowy podstawowej.
5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu Świadczenie zostało wypłacone.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

§7

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów, kończyn lub złamania, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom, układom lub kończyom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego uprzednio.
3. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Małżonka, w przypadku Uszczerbku na zdrowiu lewej kończyny górnej, będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Uszczerbku na zdrowiu prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za lewą kończynę górną.
4. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Uszczerbku na zdrowiu Małżonka jest nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed tym zdarzeniem.
5. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu Małżonka oraz potwierdzenia trwałego charakteru Uszczerbku na zdrowiu.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Małżonka przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na zdrowiu.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§1

Postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Dziecka na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”):

1. mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. stosuje się osobno do każdego Dziecka Ubezpieczonego.

Definicje

§2

Użyтым w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – 100% inwalidztwo Dziecka spowodowane fizycznymi obrażeniami jego ciała powstałymi w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”,
2. **Częściowe i Trwałe Inwalidztwo** – uszkodzenie ciała Dziecka powstałe w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, polegające na fizycznej, nieodwracalnej stracie funkcji narządu, układu lub kończyny,
3. **Dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione Ubezpieczonego od chwili urodzenia do 19 roku życia, a w przypadku dalszego kształcenia do 25 roku życia;

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Dziecka na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa w dniu 19 urodzin Dziecka, a w przypadku dalszego kształcenia w dniu 25 urodzin.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Dziecka, które spowodowały Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Częściowe i Trwałe Inwalidztwo, powstały w wyniku:

1. Nieszczęśliwego wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Dziecko w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyka, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
3. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka, albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
4. uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, łądzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
5. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
6. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania.

Wypłata Świadczeń

§6

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Dziecka zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało przez 12 kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i na zakończenie tego okresu pozostaje Całkowitym i Trwałym Inwalidztwem, to jest z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Częściowe i trwałe inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Dziecko odniosło fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Częściowe i Trwałe Inwalidztwo Dziecka zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Dziecka były wyżej wymienione obrażenia ciała.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, w odniesieniu do Dziecka, z tytułu inwalidztwa którego zostało wypłacone Świadczenie.
4. Wypłata świadczenia z tytułu Częściowego i Trwałego Inwalidztwa nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Wypłata Świadczenia w łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w odniesieniu do Dziecka, z tytułu inwalidztwa którego Świadczenie zostało wypłacone.
6. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do otrzymania Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

§7

1. Za całkowitą i nieodwracalną stratę funkcji narządu lub kończyny uważa się jej anatomiczną stratę powodującą trwałe inwalidztwo.
2. Jeśli na skutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi częściowa strata funkcji narządu, układu lub kończyny, Świadczenie zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia ograniczenia czynności narządu, układu lub kończyny.
3. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów, układów lub kończyn części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom, układom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
4. Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o Załącznik nr 2 – „Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych”.
5. Jeśli zostanie udowodniona leworęczność Dziecka, w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa lewej kończyny górnej, będą miały zastosowanie wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za prawą kończynę górną, a w przypadku Częściowego i Trwałego Inwalidztwa prawej kończyny górnej wartości procentowe podane w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” należne za lewą kończynę górną.
6. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź straty funkcji części ciała, narządu, układu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Dziecka ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
7. Jeśli po potwierdzeniu przez Towarzystwo Częściowego i Trwałego Inwalidztwa Dziecko jest nadal objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, wówczas przy następnym zdarzeniu ubezpieczeniowym części sumy ubezpieczenia określone w „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych” zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego przed tym zdarzeniem.
8. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie leczenia i zalecanej rehabilitacji, niezbędnych do określenia stopnia inwalidztwa Dziecka oraz potwierdzenia trwałego charakteru inwalidztwa.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Dziecka przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Całkowitego i Trwałego lub Częściowego i Trwałego Inwalidztwa.

Wszelkie sprawy niuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującym prawa.

Pakiet Medyczny

Umowa dodatkowa

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

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytym w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny – lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - c) stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - d) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
2. **Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej;
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego.
 Diagnostyka musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - a) potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - b) zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.
 Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie trzech miesięcy licząc od dnia wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie trzech miesięcy licząc od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
3. alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
4. poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
5. radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
6. świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich,
7. choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej lub leczonej przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli zawał serca był rozpoznany u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
8. zaburzeń krążenia mózgowego rozpoznanych lub leczonych przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli udar wystąpił u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Zawał mięśnia sercowego lub Udar oraz Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru nastąpiły w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej,
 - b) pomiędzy Zawałem mięśnia sercowego lub Udar a Śmiercią Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz
 - c) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 30 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
 2. W przypadku Ubezpieczonych objętych przez okres co najmniej 3 miesięcy ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny niż Towarzystwo zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej oraz pod warunkiem zakończenia poprzedniego ubezpieczenia, uchyla się wymieniony w § 4 ust. 1 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa.
 Powyższe postanowienia mają zastosowanie pod warunkiem, że:
 - ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem ubezpieczenie na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia,
 Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia z dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
 3. W celu ustalenia prawa osoby uprawnionej do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.
- Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

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

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny – lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii.
- Udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej;
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy;
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:
 - potwierdzone przez lekarza neurologa objawy trwałego uszkodzenia układu nerwowego,
 - zmiany stwierdzone zostały w rezonansie magnetycznym lub tomografii komputerowej lub innym wiarygodnym badaniem obrazowym potwierdzającym rozpoznanie świeżo przebytego udaru mózgowego.Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - przemijające niedokrwienie mózgu,
 - uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem.
- Uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nie rokujące poprawy uszkodzenie danego narządu lub układu, polegające na upośledzeniu lub utracie jego funkcji.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

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

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

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

- samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
- usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
- alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
- poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
- radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego.
- świadomego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania wskazań i zaleceń lekarskich,
- choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej lub leczonej przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli Zawał serca był rozpoznany u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
- zaburzeń krążenia mózgowego rozpoznanych lub leczonych przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, a w szczególności jeżeli udar wystąpił u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata Świadczeń

§6

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - Zawał mięśnia sercowego lub Udar nastąpił w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej,
 - między Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem a Uszczerbkiem na Zdrowiu Ubezpieczonego istnieje związek przyczynowo-skutkowy oraz
 - Upośledzenie lub utrata funkcji narządu lub układu zostały stwierdzone w dokumentacji medycznej w terminie 180 dni od daty wystąpienia Zawału mięśnia sercowego lub Udaru oraz
 - Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty rozpoznania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru.
- W przypadku Ubezpieczonych objętych przez okres co najmniej 3 miesięcy ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru, bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej oraz pod warunkiem zakończenia poprzedniego ubezpieczenia uchyla się wymieniony w § 4 ust. 1 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Powyższe postanowienia wchodzą w życie pod warunkiem, że:

- ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę rezygnacji zakończenia poprzedniego ubezpieczenia.

Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia z dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.

- Świadczenie zostanie wypłacone po zakończeniu leczenia i zalecanej rehabilitacji niezbędnych do określenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu oraz potwierdzenia trwałego charakteru Uszczerbku na Zdrowiu.
- Wysokość świadczenia zostanie ustalona na podstawie „Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Zawału Mięśnia Sercowego lub Udaru”, stanowiącej integralną część niniejszej umowy. Tabela stanowi Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia „Super Firma”.
- W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Ustalenie wysokości wypłaty Świadczenia

§7

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

Wszelkie sprawy nieuregulowane w niniejszych Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Groźnej Choroby

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyтым w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- rak** – guz złośliwy potwierdzony wynikiem badania histopatologicznego, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
- zawał mięśnia sercowego** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, której towarzyszy znamieny wzrost wartości biomarkera sercowego (troponiny lub CK-MB) oraz co najmniej jedno z poniższych:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla niedokrwienia mięśnia sercowego,
 - c) stwierdzenie w badaniu echokardiograficznym nowych odcinkowych zaburzeń kurczliwości,
 - d) wykrycie zakrzepu w tętnicy wieńcowej za pomocą angiografii,
- choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego** – przebyte, w następstwie objawów duszniczy bolesnej, operacji z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej za pomocą przeszczepów omijających (by-pass), z wyłączeniem przeszskórnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych,
- udar** – epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwałe i nieodwracalne następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny, w tym:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.

Diagnoza musi być oparta na wszystkich wymienionych poniżej kryteriach:

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

Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:

- a) przemijające niedokrwienie mózgu,
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub urazem,
- niewydolność nerek** – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu z nich, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek lub przebyciem przeszczepu nerki,
 - przeszczepienie narządów** – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące przeszczepienie następujących (jednego lub kilku) narządów pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego
 - utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo,
 - śpiączka** – stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (albo potrzeby fizjologiczne) utrzymujący się nieprzerwanie co najmniej przez 96 godzin i skutkujący trwałymi, nieodwracalnymi ubytkami (deficytami) neurologicznymi. Koniecznym wymogiem jest użycie systemów podtrzymujących życie,
 - poważne oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia będące wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała,

10. **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Uraz lub choroba strun głosowych musi być potwierdzona przez specjalistę laryngologa w dokumentacji medycznej. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiałe mówionego języka,
11. **stwardnienie rozsiane** – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego, charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie choroby musi spełniać jednocześnie wszystkie poniżej wymienione warunki:
 - a) jednoznaczna diagnoza postawiona przez specjalistę neurologa na podstawie obowiązujących kryteriów klinicznych i potwierdzona uwidocznieniem co najmniej dwóch ognisk demielinizacyjnych ośrodkowego układu nerwowego w badaniach obrazowych,
 - b) stan kliniczny chorego odpowiada co najmniej 3 stopniowi Rozszerzonej Skali Niewydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS),
 - c) medyczna dokumentacja potwierdza wystąpienie co najmniej jednego rzutu choroby, tj. zaostrzenia i remisji stwierdzonych ubytków neurologicznych,
12. **operacja zastawek serca** – przebyta operacja na otwartym sercu w celu wymiany lub naprawy nieprawidłowości (wad) zastawek serca. Rozpoznanie nieprawidłowości (wad) zastawek musi być potwierdzone cewnikowaniem serca lub echokardiogramem. Wskazania do operacji muszą być potwierdzone przez specjalistę kardiologa,
13. **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu dla wszystkich dźwięków jako rezultat ostrej choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku. Dokumentacja medyczna powinna być poparta właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) oraz badaniem audiometrii tonalnej i progu słyszenia,
14. **paraliż** – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów,
15. **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu dłoni lub obu stóp oraz jednoczesną utratę jednej dłoni i jednej stopy,
16. **łagodny guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzujący się wszystkimi poniższymi cechami:
 - a) spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - b) guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
 - c) występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga w oparciu o wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
 Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową:
 - a) torbiele,
 - b) ziarniniaki,
 - c) malformacje naczyniowe,
 - d) krwiaki,
 - e) guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgowego,
17. **operacja aorty** – przebiecie zabiegu operacyjnego z powodu choroby aorty, polegającego na wycięciu i zastąpieniu zmienionego chorobowo odcinka aorty przez przeszczep. Pod pojęciem aorty rozumie się aortę piersiową i brzuszную bez odgałęzień,
18. **dystrofia mięśniowa** – wystąpienie postępującej dystrofii mięśniowej przy spełnieniu następujących warunków:
 - a) choroba sklasyfikowana jest jako dystrofia mięśniowa Duchenne'a, Beckera, kończynowo-obręczowa, miotoniczna, dystrofia twarzowo-łopatkowo-ramienna, oczno-gardłowa i
 - b) stwierdza się występowanie trwałego ubytku neurologicznego, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej dwóch czynności życia codziennego,
19. **inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca** – zwięźnienie światła co najmniej trzech tętnic o co najmniej 60%, potwierdzone badaniem koronarograficznym, niezależnie od faktu przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia zabiegowego tętnic wieńcowych,
20. **piorunujące wirusowe zapalenie wątroby** – wystąpienie rozległej martwicy wątroby spowodowanej wirusem zapalenia wątroby prowadzące do gwałtownego jej uszkodzenia, przy spełnieniu następujących kryteriów:
 - a) martwica obejmująca całe zraziki,
 - b) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
 - c) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
 - d) narastająca żółtaczka,
21. **pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy spełnieniu następujących kryteriów:
 - a) znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej i
 - b) potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca,
22. **choroba nieuleczalna** – ostateczne rozpoznanie choroby, która według wiedzy medycznej zakończy się zgonem w ciągu najbliższych 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być poparte opinią specjalisty i potwierdzone przez lekarza Towarzystwa. Wykluczona jest choroba nieuleczalna spowodowana infekcją wirusem HIV,
23. **schyłkowa niewydolność płuc** – schyłkowa niewydolność płuc spowodowana przez przewlekłą chorobę układu oddechowego. Diagnoza musi być potwierdzona wynikami badań wykazującymi spełnienie wszystkich poniższych warunków:
 - a) wynik FEV1, który jest mniejszy niż 1 litr,
 - b) konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
 - c) wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdzający ciśnienie tlenu mniejsze niż 55 mm Hg (PaO2 równe lub mniejsze niż 55 mm Hg),
 - d) występowanie duszności spoczynkowej.
 Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza pulmonologa,
24. **choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie stwardnienia zanikowego bocznego lub pierwotnego stwardnienia bocznego połączonego z utwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch czynności życia codziennego,
25. **choroba Parkinsona** – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch czynności życia codziennego,
26. **niedokrwistość aplastyczna** – przewlekłe utwalone uszkodzenie szpiku kostnego, które powoduje niedokrwistość (spadek liczby krwinek czerwonych), spadek liczby krwinek białych i płytek krwi, wymagające leczenia przy użyciu jednej z następujących metod:
 - a) przetoczenia produktów krwiopochodnych,
 - b) czynników stymulujących szpik kostny,
 - c) immunosupresji,
 - d) przeszczepu szpiku kostnego,
27. **przeszkórna interwencja wieńcowa (PCI)** – procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca, polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwięźnienia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzanych do naczynia,
28. **zapalenie mózgu** – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące istotnymi, poważnymi, trwałymi i nieodwracalnymi ubytkami neurologicznymi potwierdzonymi przez konsultanta neurologa. Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny musi być udokumentowany przez co najmniej 4 tygodnie,
29. **ważny uraz głowy** – uraz głowy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, skutkujący trwałym i nieodwracalnym ubytkiem neurologicznym stwierdzonym nie wcześniej niż 6 tygodni od daty wypadku. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez konsultanta neurologa i poparte jednoznaczными wynikami tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub innymi wiarygodnymi badaniami obrazowymi. Wypadek musi być spowodowany wyłącznie i bezpośrednio przez przypadkowe, gwałtowne, zewnętrzne i widoczne czynniki i niezależny od wszelkich innych przyczyn. Wykluczone są urazy rdzenia kręgowego i urazy głowy z powodu jakichkolwiek innych przyczyn,
30. **bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – infekcja bakteryjna skutkująca ciężkim zapaleniem opon mózgu lub rdzenia kręgowego, której wynikiem jest istotny, nieodwracalny i trwały ubytek neurologiczny. Ubytek neurologiczny musi utrzymać się przez co najmniej 6 tygodni. Powyższe rozpoznanie musi być potwierdzone przez:
 - a) obecność bakterii w płynie mózgowo-rdzeniowym, uzyskany po nakłuciu lędźwiowym i
 - b) konsultanta neurologa.
 Wykluczone jest bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane infekcją wirusem HIV,
31. **niezdolność do samodzielnej egzystencji** – potwierdzona przez konsultanta medycznego utrata zdolności do samodzielnej egzystencji skutkująca całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego nieprzerwanie przez okres sześciu miesięcy i która jest uznana za trwałą po zakończeniu tego okresu, to znaczy nie rokuje nadziei na wyleczenie na podstawie aktualnej nauki i wiedzy medycznej,

32. **toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek** – wieloukładowa i wieloczynnikowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się rozwojem auto-przeciwciał skierowanych przeciwko własnej tkance nerkowej.
W ramach niniejszej Umowy dodatkowej toczeń rumieniowaty układowy będzie ograniczony do postaci dotyczących nerek (klasy III-V toczniowego zapalenia nerek, ustalone w oparciu o biopsję nerkową, zgodnie z klasyfikacją WHO). Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę reumatologa, immunologa lub nefrologa.
Klasyfikacja WHO toczniowego kłębkowego zapalenia nerek:
Klasa I. Obraz prawidłowy lub zmiany minimalne,
Klasa II. Zmiany ograniczone do mezangium,
Klasa III. Ogniskowe, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
Klasa IV. Rozlane, rozplamowe zapalenie kłębuszków nerkowych,
Klasa V. Błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych,
Klasa VI. Postępujące zapalenie kłębuszków ze stwardnieniem,
33. **zespół apaliczny** – uogólniona trwała i nieodwracalna martwica kory mózgowej bez uszkodzenia pnia mózgu. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez konsultanta neurologa. Stan ten musi trwać co najmniej jeden miesiąc w oparciu o dokumentację medyczną,
34. **Czynności życia codziennego** –
Poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby;
Kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowania higieny osobistej;
Ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się,
Korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny;
Jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest rozpoznanie choroby zdefiniowanej w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub przebiecie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 i 27.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy od dnia wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu.
- W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa w terminie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się do sumy ubezpieczenia obowiązującej przed tą datą.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - alkoholizmu lub uzależnienia od alkoholu (potwierdzone w dokumentacji skutki spożywania alkoholu), nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza,
 - Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażenia wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
 - radiacji, reakcji jądrowej lub skażenia radioaktywnego,
 - działania trucizny, trujących gazów lub oparów,
 - nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - choroby, w przypadku której Ubezpieczony otrzymał diagnozę lub zalecenie przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub podlegał leczeniu, lub podlegał medycznej kontroli, lub był w trakcie badań diagnostycznych w okresie 5 lat przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczony, u którego dokonano rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub dokonano lub zalecono dokonanie leczenia operacyjnego zdefiniowanego w §2 punkty 3, 6, 12, 17 lub 27 przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, zostanie objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy dodatkowej z poniższymi wykluczeniami:

Punkt z §2	A. Zdarzenie zaistniałe przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej	B. Wykluczenie ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 – dotyczy chorób pozostających zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w związku przyczynowo – skutkowym ze zdarzeniem wymienionym w pkt A
1	Rak	1, 6, 16, 22
2	Zawał mięśnia sercowego	24, 6, 12, 17, 19, 27
3	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego	24, 6, 12, 17, 19, 27
4	Udar	2-4, 6, 8, 10, 12, 16-17, 19, 22, 27, 31
5	Niewydolność nerek	5-6
6	Przeszczepienie narządu	1, 5-6, 8, 22, 31
7	Utrata wzroku	7, 16
8	Śpiączka	4, 7-8, 10, 16, 22, 31
9	Poważne oparzenie	9
10	Utrata mowy	4, 8, 10, 16
11	Stwardnienie rozsiane	7-8, 11, 22, 31
12	Operacja zastawek serca	2-4, 6, 8, 12, 17, 19, 27
13	Utrata słuchu	13
14	Paraliż	14, 22, 31
15	Utrata kończyn	15
16	Łagodny guz mózgu	1, 4, 7-8, 10, 16
17	Operacja aorty	2-4, 12, 17, 19, 27
18	Dystrofia mięśniowa	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
19	Inne poważne postacie choroby niedokrwiennej serca	2-4, 6, 12, 17, 19, 27

20	Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby	6, 20, 22, 31
21	Pierwotne nadciśnienie płucne	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
22	Choroba nieuleczalna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
23	Schyłkowa niewydolność płuc	6, 21-23, 31
24	Choroba neuronu ruchowego	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
25	Choroba Parkinsona	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
26	Niedokrwistość aplastyczna	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
27	Przełskórna interwencja wieńcowa (PCI)	2-4, 6, 12, 17, 19, 27
28	Zapalenie mózgu	8, 14, 22, 28, 30-31
29	Poważny uraz głowy	4, 7-8, 10, 13-14, 22, 24, 29, 31
30	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	8, 14, 22, 28, 30-31
31	Niezdolność do samodzielnej egzystencji	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
32	Toczeń rumieniowaty układowy z toczniowym zapaleniem nerek	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33
33	Zespół apaliczny	1-8, 10-12, 14, 16-28, 30-33

Wypłata Świadczeń

§6

- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostanie przy życiu w ciągu 30 dni od daty:
 - rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1-2, 4-5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub
 - zakończenia leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 lub 27.
- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, za wyjątkiem przeszłorocznej interwencji wieńcowej (PCI), w przypadku której Świadczenie zostanie wypłacone w wysokości dziesięciu procent (10%) sumy ubezpieczenia.
- W przypadku Ubezpieczonych objętych przez okres co najmniej 3 miesięcy ubezpieczeniem grupowym funkcjonującym u Ubezpieczającego zapewnianym przez inny zakład ubezpieczeń w zakresie obejmującym ubezpieczenie na wypadek groźnej choroby, bezpośrednio przed objęciem ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej oraz pod warunkiem zakończenia poprzedniego ubezpieczenia uchyla się wymieniony w § 4 ust. 1 okres odroczenia odpowiedzialności Towarzystwa. W przypadku rozpoznania jednej z chorób zdefiniowanych w § 2 punkty 1, 2, 4, 5, 7-11, 13-16, 18-26, 28-33 lub dokonania leczenia operacyjnego zdefiniowanego w § 2 punkty 3, 6, 12, 17 lub 27 w okresie 3 miesięcy od daty objęcia ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo wypłaci Świadczenie tylko za te jednostki chorobowe oraz operacje, które wymieniono w katalogu groźnych chorób w poprzednim zakładzie ubezpieczeń i są objęte zakresem ubezpieczeniem w ramach Umowy dodatkowej.
 Powyższe postanowienia wchodzi w życie pod warunkiem, że:
 - ochrona w poprzednim zakładzie ubezpieczeń obejmująca zakresem wystąpienie danej groźnej choroby zakończyła się bezpośrednio przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 - Ubezpieczający przed rozpoczęciem ochrony z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia potwierdzi listę osób ubezpieczonych w zakresie groźnej choroby przez poprzedni zakład ubezpieczeń. Lista zawiera wyszczególnione dla każdego pracownika: imię i nazwisko, numer PESEL, okres ubezpieczenia, potwierdzenie oraz datę zakończenia poprzedniego ubezpieczenia, obowiązujące OWU poprzedniego zakładu ubezpieczeń.
 Ponadto:
 - zakres ubezpieczenia nie obejmuje chorób, które rozpoznano oraz operacji, które wykonano przed datą wejścia w życie niniejszej Umowy dodatkowej oraz dodatkowo nie obejmuje innych zdarzeń ubezpieczeniowych pozostających w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust 2.
 Powyższe postanowienia dotyczą osób zgłoszonych do ubezpieczenia z dniem wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia.
- Wypłata Świadczenia nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie z tytułu Umowy podstawowej. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej będzie zredukowana o chorobę lub leczenie operacyjne, z tytułu którego Ubezpieczony otrzymał Świadczenie oraz o choroby i leczenia operacyjne pozostające w związku przyczynowo-skutkowym zgodnie z tabelą zdefiniowaną w § 5 ust 2. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie za każdą z groźnych chorób wymienionych w § 2.
- W przypadku przeszłorocznej interwencji wieńcowej (PCI) Towarzystwo obejmuje odpowiedzialnością tylko pierwszy zabieg i wypłata będzie dokonana tylko za jedną z inwazyjnych metod leczenia Ubezpieczonego. Późniejsze, kolejne zabiegi z użyciem tych metod nie będą upoważniały do kolejnych świadczeń z tego tytułu. Wypłata Świadczenia pomniejszy odpowiednio sumę ubezpieczenia Ubezpieczonego w zakresie chorób tętnic wieńcowych wymagających zabiegu chirurgicznego i chorób, które są związane z przeszłoroczną interwencją wieńcową (PCI), zgodnie z tabelą w § 5 ust 2. Ubezpieczenie w zakresie wymienionych chorób będzie kontynuowane do wysokości zredukowanej sumy ubezpieczenia.
- W trakcie rozpatrywania zgłoszonego roszczenia Towarzystwo ma prawo do przeprowadzenia na swój koszt badania lekarskiego Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, Towarzystwo może odmówić wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach polegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu w Szpitalu

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji,
- Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych;

3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów;
4. **Rehabilitacja** – usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub urazach, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych.
5. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne;
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wskazanego w dokumencie doręczonym Ubezpieczającemu z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku Hospitalizacji, która nastąpiła w ciągu pierwszego miesiąca licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej odpowiedzialność Towarzystwa dotyczy wyłącznie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

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

1. samookaleczeniem lub okaleczeniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych Wypadków objętych niniejszą Umową dodatkową,
4. Rehabilitacją,
5. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
6. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
7. pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniem lekarza specjalisty lub w trakcie leczenia w specjalistycznych ośrodkach odwykowych,
8. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
9. Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
10. uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
11. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
12. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych świadczeń należnych z tytułu Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych, Świadczenie szpitalne w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby lub Uszkodzenia Ciała oraz miała miejsce w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy dodatkowej i
 - b) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji:
 - I. jako Pacjent Stały co najmniej dobie, gdy Hospitalizacja była wynikiem Uszkodzenia Ciała lub
 - II. jako Pacjent Stały przez ponad 3 kolejne Dni hospitalizacji, gdy Hospitalizacja była wynikiem Choroby.
2. Świadczenie szpitalne płatne jest od pierwszego Dnia hospitalizacji.
3. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, za który należne jest Świadczenie wynosi 180 dni.
4. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od daty zakończenia ostatniej Hospitalizacji.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

1. **Dzień hospitalizacji** – każdy dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji,
2. **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych;
3. **Pacjent Stały** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do szpitala i wpisem do rejestru pacjentów przez co najmniej 2 kolejne dni kalendarzowe, licząc od dnia przyjęcia do dnia wypisania ze szpitala;
4. **Szpital** – powołane i działające na podstawie przepisów prawa przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych przez wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także oddziały rehabilitacji, ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne;
5. **Tabela Świadczeń** – tabela określająca rodzaj operacji i zabiegów chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości świadczeń wyrażone jako wartość procentowa sumy ubezpieczenia, stanowiąca załącznik do Umowy dodatkowej.
6. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest operacja lub zabieg chirurgiczny Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

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

1. samookaleceniem lub okaleceniem na prośbę Ubezpieczonego lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
2. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
3. chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą umową,
4. wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich,
5. wszelkimi zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym nerwicami (wg rozdziału F Klasyfikacji ICD-10), oraz kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu,
6. pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu, z wyjątkiem przyjmowanych zgodnie z zaleceniem lekarza,
7. jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie Hospitalizacji,
8. Zespołem Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS), zakażeniem wirusem HIV (wirus ludzkiego niedoboru odporności) lub chorobami współistniejącymi z wirusem HIV: zakażeniami oportunistycznymi, nowotworami, encefalopatią, zespołem wyniszczenia (wyczerpania),
9. uszkodzeniem ciała wywołanym lub pozostającym w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przestępstwa a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
10. promieniowaniem jądrowym lub stosowaniem energii jądrowej,
11. pełnieniem służby wojskowej w jakimkolwiek kraju.
12. lotem samolotem lub jakimkolwiek innym powietrznym środkiem transportu, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

Wypłata Świadczeń

§6

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu zgodnie z Tabelą Świadczeń, niezależnie od innych świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczony przebywał w szpitalu jako Pacjent stały i został poddany operacji bądź zabiegowi chirurgicznemu w następnym:
 - a) Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej lub
 - b) Choroby, która została rozpoznana, procedury diagnostyczne mające na celu jej rozpoznanie zostały rozpoczęte lub której leczenie rozpoczęło się po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie zostało wymienione w Tabeli Świadczeń Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5 stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.
3. Jeżeli w trakcie tej samej sesji operacyjnej wykonano więcej operacji niż jedną, części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym operacjom dodaje się, jednakże wypłacone Świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
4. Łączne świadczenie wypłacone za operacje, których konieczność przeprowadzenia wynika z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego Wypadku, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Szczegółową Umową Ubezpieczenia.
5. W celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczenia niezbędne jest przedłożenie Towarzystwu dokumentów, wymienionych w Załączniku nr 1, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w niniejszych Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Załącznik do umowy dodatkowej

Tabela świadczeń

Operacje i zabiegi chirurgiczne	wysokość świadczenia w % sumy ubezpieczenia
1. Jama brzuszna	
1) wycięcie jelita	70
2) wycięcie żołądka	70
3) zespolenie żołądkowo-jelitowe	60
4) otwarcie jamy brzusznej celem rozpoznania, leczenia lub usunięcia jednego lub kilku narządów, z wyjątkiem tu wymienionych	50
Przeprowadzenie dwu lub więcej operacji chirurgicznych podczas tego samego otwarcia jamy brzusznej będzie uważane za jedną operację	
2. Ropień	
1) nacięcie powierzchownego ropnia, wrzodu lub czyraka – jednego lub kilku	5
3. Amputacja	
1) palców rąk i nóg – każdy	10
2) ręki, przedramienia lub stopy do kostki	20
3) podudzia, ramienia lub uda	40
4) uda na wysokości biodra	70
4. Klatka piersiowa	
1) pełna (całkowita) torakoplastyka	100
2) usunięcie płuca lub jego części	70
3) otwarcie klatki piersiowej celem rozpoznania lub leczenia zawartych tam organów oprócz nakłucia	30
4) usunięcie ropy z wyjątkiem nakłucia	10
5) sztuczna odma opłucnowa	10
5. Przełyk	
1) operacja zwężenia	40
6. Oko	
1) odwarstwienie siatkówki – wielokrotne łączenie	100
2) zaćma	50
3) usunięcie gałki ocznej	30
7. Układ moczowo-płciowy	
1) usunięcie nerki	70
8. Stawy i zwichnięcia	
1) nacięcie (otwarcie) stawu na skutek choroby lub zaburzenia, oprócz tu wymienionych przypadków z wyjątkiem nakłucia	15
2) nacięcie (otwarcie) stawu barkowego, łokciowego, biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem nakłucia	35
3) wycięcie, umocowanie operacyjne, wyłuszczenie w stawie lub plastyka:	
a) stawu barkowego, biodrowego lub kręgosłupa	75
b) stawu kolanowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	40
4) Leczenie zwichnięcia wymagającego leczenia operacyjnego:	
a) palców rąk i nóg – każdy	5
b) stawu barkowego, łokciowego, skokowego lub nadgarstka	15
c) żuchwy	5
d) stawu biodrowego lub kolanowego, z wyłączeniem rzepki	20
e) rzepki	5
f) kręgosłupa	25
9. Leczenie operacyjne tkanek miękkich (mięśnie, ścięgna, nerwy):	
1) Mięśnie:	
a) Czworogłowy uda	20
b) Dwugłowy ramienia, brzusiec	10
c) Dwugłowy ramienia, ścięgna	15
2) Ścięgna:	
a) Achillesa	15
b) Palców rąk, zginacze	po 10
c) Palców rąk, prostowniki	po 5
3) Nerwy i naczynie:	
a) Nerwy przedramienia, każdy	15
b) Tętnice przedramienia, każda	15

10. Paracenteza	
1) nakłucia:	
a) brzucha	10
b) klatki piersiowej lub pęcherza moczowego z wyłączeniem cewnikowania	5
c) błony bębenkowej, wodniaka, stawu lub kręgosłupa	5
11. Czaszka	
1) otwarcie jamy czaszki, z wyłączeniem trepanacji i nakłucia	100
2) usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie	30
12. Złamania:	
1) leczenie operacyjne złamania prostego	
a) obojczyka, obręczy barkowej lub przedramienia jedna kość	15
b) kości guzicznej, kości stępu, kości śródstopia, kości piętowej	10
c) uda	40
d) ramienia lub podudzia	25
e) palców rąk lub nóg każdy, lub żebra	5
f) przedramienia dwie kości, rzepki lub miednicy, nie wymagające stosowania wyciągu	20
g) podudzia dwie kości	30
h) kostki przyśrodkowej	15
i) kostki bocznej	10
j) żuchwy	20
k) nadgarstka, śródreżcza, nosa, żeber dwa lub więcej lub mostka	10
l) miednicy wymagające wyciągu	30
m) kręgu, wyrostka poprzecznego – każdy	5
n) kręgu złamanie kompresyjne jedno lub więcej	40
o) nasady dalszej przedramienia	10
2) leczenie operacyjne złamania otwartego	
a) dla złamań otwartych powyższe współczynniki zwiększają się o połowę	
b) dla złamań wymagających przeszczepów kostnych lub zespoleń kostnych, powyższe maksymalne współczynniki ulegają podwojeniu, lecz nie mogą przekroczyć	100

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie zostało wymienione w Tabeli Świadczeń Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Świadczenie operacyjne stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pomnożonej przez 0,5, stosując wskaźnik procentowy wymieniony w Tabeli Świadczeń dla operacji o najbardziej zbliżonym stopniu trudności.

Umowa dodatkowa

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Telediagnoza

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§2

Użyty w Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, poniższe określenia oznaczają:

- Konsultacja Medyczna (zwana dalej „Konsultacją”)** – opłacenie przez Towarzystwo kosztów Konsultacji Medycznej uzyskanej przez Ubezpieczonego w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z Umową dodatkową. Konsultacje medyczne przeprowadzane są przez specjalistów Konsorcjum w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu i jego lekarzowi prowadzącemu w zakresie diagnostyki i zalecenia procesu leczenia.
- Konsorcjum WorldCare (zwane dalej „Konsorcjum”)** – sieć specjalistów medycznych, zorganizowaną przez WorldCare International Ltd. w celu udzielania osobom objętym ochroną Konsultacji zgodnie z umową dodatkową, na podstawie zawartej umowy o współpracy.
- Rok Ubezpieczenia Ubezpieczonego** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Umowy dodatkowej oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;

Zdarzenia Ubezpieczeniowe, Świadczenia

§3

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej wymienionych w ust 2 chorób lub problemów zdrowotnych, z tytułu których Ubezpieczony zwraca się do przedstawiciela Konsorcjum z wnioskiem o udzielenie Konsultacji medycznej, do której jest uprawniony na podstawie Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczony uprawniony jest do uzyskania Konsultacji z powodu następujących chorób lub problemów zdrowotnych:
 - Nowotwór;
 - Zawał mięśnia sercowego;
 - Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego;
 - Śpiączka;
 - Udar mózgu;
 - Stwardnienie rozsiane;
 - Porażenie, niedowład;
 - Przewlekła obturacyjna choroba płuc;
 - Rozedma płuc;
 - Choroby zapalne jelit;
 - Przewlekła choroba wątroby;
 - Niewydolność nerek;
 - Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy;
 - Cukrzyca;
 - Choroba zakrzepowo-zatorowa;
 - Amputacje;
 - Reumatoidalne zapalenie stawów;
 - Czerniak złośliwy;
 - Rozległe oparzenia;
 - Nagła ślepota spowodowana chorobą;
 - Przeszczep narządów;
 - Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego;
 - Inne podobne choroby zagrażające życiu.
- Konsultacja medyczna obejmuje:
 - opinię odpowiednich specjalistów Konsorcjum przedstawioną w formie pisemnej,
 - jedną konsultację dotyczącą wyniku tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, prześwietlenia Roentgena, badania ultrasonograficznego, innych badań obrazowych lub histopatologicznych,
 - jedną Konsultację uzupełniającą. w przypadku, gdy Ubezpieczony wnioskuje o dodatkową opinię diagnostyczną lub konsultacyjną lub dostarczy dodatkowe pytania w ciągu 30 dni od daty uzyskania wstępnej opinii konsultacyjnej określonej w punkcie a) i b), uzyskana na tej podstawie konsultacja uzupełniająca będzie traktowana jako jedna Konsultacja,
 - plan leczenia zalecany przez specjalistów Konsorcjum. Do planu leczenia mogą być załączone obrazy radiologiczne lub histopatologiczne,
 - telekonferencję w języku angielskim, jeśli jest konieczna, między lekarzem Ubezpieczonego a specjalistą Konsorcjum.
- Jeśli wielokrotnie badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody zostały przeprowadzone w tych samych medycznych warunkach, badanie diagnostyczne będzie oparte na wyniku ostatniego badania. Wszystkie inne badania tego samego obszaru anatomicznego przy użyciu tej samej metody, dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej, będą traktowane jako badania porównawcze i nie będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację. Dodatkowe pytania lub wnioski o dodatkowe informacje dostarczone po upływie 30 dni od daty otrzymania wstępnej opinii konsultacyjnej lub wykraczające poza zakres wstępnej konsultacji oraz jej wyników będą traktowane jako nowy wniosek o konsultację.
- W odniesieniu do każdego Ubezpieczonego liczba konsultacji jest ograniczona do:
 - dwoje w każdym Roku Ubezpieczenia Ubezpieczonego i
 - sześciu w okresie objęcia Umową dodatkową.
- WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za procesowanie i przekazanie dokumentacji medycznej dostarczonej przez Ubezpieczonego lub jego lekarza prowadzącego oraz za utrzymanie sieci placówek medycznych i specjalistów Konsorcjum, którzy udzielają konsultacji zgodnie z Umową Dodatkową. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za terminowość badań realizowanych przez specjalistów Konsorcjum.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§4

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

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa:
 - a) z upływem ostatniego dnia poprzedzającego Miesięcznicę polisy, która przypada bezpośrednio po dniu w którym łączna liczba konsultacji odbytych przez Ubezpieczonego objętego niniejszą Umową Dodatkową wyniosła sześć,
 - b) w przypadku zakończenia współpracy pomiędzy Towarzystwem a Konsorcjum w zakresie udzielania Konsultacji Medycznej na wypadek choroby Ubezpieczonego.

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

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§5

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

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

Zgłoszenie roszczenia

§6

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

Postanowienia końcowe

§7

1. Konsultacje Medyczne uzyskane na podstawie Umowy dodatkowej są udzielane przez Konsorcjum i oferowane za pośrednictwem Towarzystwa. WorldCare International Ltd ponosi wyłączną odpowiedzialność za udzielane Konsultacje.
2. Towarzystwo nie jest odpowiedzialne za błędy lub przeoczenia WorldCare International Ltd. dotyczące Konsultacji udzielanych na podstawie Umowy dodatkowej.

Wszelkie sprawy nieuregulowane w niniejszych Warunkach podlegają uregulowaniom Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz właściwym przepisom obowiązującego prawa.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 1

Formy zgłaszania roszczeń i katalog dokumentów wymaganych na potrzeby złożenia roszczenia

Roszczenie o wypłatę Świadczenia może zostać zgłoszone:

- on-line** – przez portal e-roszczenie (zgłoszenie roszczenia on-line potwierdzone zostanie wygenerowaniem formularza – wniosku o wypłatę świadczenia – w formacie PDF). Wypełniony i własnoręcznie podpisany formularz wraz z wymaganymi dokumentami, które nie zostały dołączone do zgłoszenia on-line, powinny zostać przesłane do Departamentu Roszczeń na adres roszczenia@metlife.pl. w temacie wiadomości prosimy o wpisanie nadanego sprawie numeru roszczenia. Portal dostosowany jest do przeglądarek Chrome, Mozilla oraz Internet Explorer 10.
- pocztą elektroniczną** – na adres roszczenia@metlife.pl (maksymalny rozmiar wiadomości wraz załącznikami wynosi 8 MB)
- telefonicznie** – dzwoniąc do Telefonicznego Centrum Informacji, tel. (+48) 22 523 50 70,
- korrespondencyjnie – wysyłając wniosek roszczeniowy wraz z wymaganą dokumentacją na adres:
Departament Roszczeń MetLife TUnZiR S.A. ul. Przemysłowa 26
00-450 Warszawa,
- osobiście** – odwiedzając biuro główne MetLife, ul. Przemysłowa 26, Warszawa
- w każdej Agencji MetLife na terenie całego kraju.** Aktualna lista Agencji MetLife dostępna jest na stronie internetowej Towarzystwa.

Informujemy, że Towarzystwo dopuszcza możliwość zgłoszenia roszczenia w formie skanów wymaganej dokumentacji, w zależności od posiadanej ochrony ubezpieczeniowej, gdy łącznie należy świadczenie w przypadkach wyszczególnionych poniżej, nie przekracza wymienionej kwoty:

- z tytułu Urodzenia dziecka, Urodzenia martwego dziecka, Śmierci naturalnej rodzica – do 5 000,00 zł,
- z tytułu Uszczerbku na zdrowiu, Inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku (NW), Całkowitego i trwałego inwalidztwa, Trwałego inwalidztwa, Złamania lub oparzenia, Pobytu w szpitalu, Operacji, Niezdolności do pracy, Osierocenia dziecka (jednocześnie bez konieczności poświadczania kopii dokumentów) – do 10 000,00 zł,
- z tytułu Śmierci dziecka – do 15 000,00 zł w przypadku śmierci naturalnej lub do 30 000,00 zł w przypadku śmierci na skutek nieszczęśliwego wypadku (NW),
- z tytułu Śmierci ubezpieczonego, Śmierci małżonka – do 10 000,00 zł w przypadku śmierci naturalnej, jednocześnie bez konieczności poświadczania kopii dokumentów.

Jednocześnie, niezależnie od wyżej opisanej możliwości przesyłania dokumentacji w formie skanów, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania oryginalnych dokumentów lub oryginalnie poświadczonych kopii dokumentów w formie określonej na stronie internetowej Towarzystwa lub w warunkach ubezpieczenia.

Towarzystwo niniejszym zastrzega sobie prawo zmiany limitów świadczeń wymienionych powyżej oraz prawo pisemnego odwołania możliwości elektronicznego zgłaszania roszczeń w przypadku stwierdzenia przypadków wprowadzenia Towarzystwa w błąd lub oszustw ze strony osób zgłaszających roszczenie. Zmiana limitów oraz odwołanie możliwości elektronicznego zgłaszania roszczeń nie stanowi zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia. Towarzystwo poinformuje o zmianie Ubezpieczającego na piśmie z miesięcznym wyprzedzeniem.

Dokumenty potrzebne do zgłoszenia roszczenia:

- Wniosek o wypłatę świadczenia z grupowego ubezpieczenia pracowniczego

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

Urodzenia się dziecka

- kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej czas trwania ciąży – w przypadku urodzenia martwego Dziecka
- kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego

Śmierci rodzica

- kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- w przypadku śmierci rodziców małżonka – kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego,
- w przypadku śmierci ojczyma lub macochy kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa pomiędzy rodzicem a ojczymem lub macochą
- w przypadku śmierci ojczyma lub macochy kopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica biologicznego

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

- kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
- inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Uszczerbku na zdrowiu lub inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku

- kopia dokumentacji medycznej z leczenia, w tym z pierwszego zgłoszenia się do lekarza po urazie oraz informująca o zakończeniu leczenia i rehabilitacji
- kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności
- kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
- kopia protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę – w przypadku wypadku w pracy
- inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka
- kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, oraz dodatkowo kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego

Pobytu w szpitalu, operacji chirurgicznej

- kopia kart informacyjnych leczenia szpitalnego
- kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
- kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,
- kopia dokumentu tożsamości dziecka lub kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka (w przypadku jego niepełnoletności) – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka, oraz dodatkowo kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeśli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

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

Śmierci Ubezpieczonego

1. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez organ wydający dokument
2. kopia karty statystycznej do karty zgonu lub kopia dokumentacji medycznej potwierdzająca przyczynę zgonu
3. kopia dokumentu tożsamości każdego z Uposażonych poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez organ wydający dokument

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

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

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

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

Śmierci małżonka

1. odpis skrócony aktu zgonu małżonka w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez organ wydający dokument
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

3. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
4. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Śmierci dziecka

1. kopia odpisu skróconego aktu zgonu dziecka
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego
3. potwierdzenie kontynuowania nauki – w przypadku dzieci powyżej 19 roku życia,
4. kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

5. kopia dokumentów dotyczących okoliczności i przebiegu zdarzenia sporządzonych przez organy policji, prokuratury lub kopia wyroku sądu, a w razie ich braku, wskazanie adresów i numerów spraw jednostek policji, prokuratury lub sądu, które prowadziły lub prowadzą postępowanie w sprawie
6. inne posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku

Osierocenia dziecka

1. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego w oryginale lub kopii poświadczony notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie lub przez organ wydający dokument
2. kopia dokumentu tożsamości osoby wnioskującej o wypłatę świadczenia (prawnego opiekuna dziecka lub pełnoletniego dziecka Ubezpieczonego)
3. kopia odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka – w przypadku jego niepełnoletności
4. potwierdzenie kontynuowania nauki – w przypadku Dzieci powyżej 19 roku życia
5. kopia postanowienia sądu o przysposobieniu dziecka – jeżeli zdarzenie dotyczy dziecka przysposobionego

Groźnej choroby, uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem mięśnia sercowego lub udarem

1. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
2. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego poświadczona notarialnie lub przez upoważnioną osobę w biurze głównym Towarzystwa lub jego uprawnionym przedstawicielstwie
3. kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

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

Niezdolności do pracy

1. kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie choroby, w tym kopie kart informacyjnych leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, wyników przeprowadzonych badań dodatkowych, badań histopatologicznych oraz innych niezbędnych dokumentów medycznych potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego
2. kopie orzeczeń o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niepełnosprawności (jeśli zostały wydane)
3. kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
4. kopia dokumentu tożsamości małżonka oraz kopia odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego – jeśli zdarzenie dotyczy małżonka,

Jeśli zdarzenie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku dodatkowo:

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

Telediagnozy

W przypadku roszczenia z tytułu Umowy dodatkowej Telediagnoza uprzejmie prosimy o bezpośredni kontakt z Konsorcjum WorldCare International Ltd., www.worldcare.pl, pod adresem email: worldcare@worldcare.pl

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

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

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 2

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ubezpieczeniach grupowych

A. Uszkodzenia głowy	% uszczerbku
1. Uszkodzenia skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych), wymagające zaopatrzenia chirurgicznego (szwy itp.):	
a) blizny skóry w zależności od łącznego rozmiaru:	
i) powyżej 5 cm do 8 cm	1-5
ii) powyżej 8 cm do 10 cm	1-3
iii) powyżej 10 cm	4-5
iv) blizny poparzeniowe w stopniu IIB i III lub inne blizny nielinijne na powierzchni większej niż 2 cm ²	5
b) oskalpowanie – w zależności od powierzchni ubytku skóry owłosionej – za każde 2 cm ² ubytku skóry owłosionej 1%	1-5
Uwaga: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg pkt 1a.	
2. Ubytek w kościach czaszki (pourazowa strata tkanki kostnej na całej jej grubości):	
i) na powierzchni większej od 1 cm ² do 10 cm ²	1-9
ii) na powierzchni większej od 11 cm ² do 50 cm ²	10-19
iii) na powierzchni większej od 50 cm ²	20-30
Uwaga: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego uszczerbku, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę.	
Jeżeli przy ubytkach kości czaszki (pkt 2) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (pkt 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg pkt 2 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg pkt 1.	
3. Porażenia i niedowłady pochodzenia ośrodkowego (uwzględniając skalę Lovett'a i/lub skalę Ashworth'a):	
a) porażenie połowicze, porażenie lub niedowład bardzo dużego stopnia kończyn dolnych uniemożliwiający samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovett'a lub 5° według skali Ashworth'a)	100
b) dużego stopnia niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° według skali Lovett'a lub 4° według skali Ashworth'a)	80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3° według skali Lovett'a lub 3° według skali Ashworth'a)	50
d) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (4° według skali Lovett'a lub 2° według skali Ashworth'a)	25
e) niedowład kończyny górnej bez niedowładu kończyny dolnej (prawa/lewa):	
I. Lovett 0°-1°, Ashworth 5°	60 / 50
II. Lovett 2°, Ashworth 4°	45 / 40
III. Lovett 3°, Ashworth 3°	30 / 25
IV. Lovett 4°, Ashworth 2°	15 / 13
f) niedowład kończyny dolnej bez niedowładu kończyny górnej:	
I. Lovett 0°-1°, Ashworth 5°	60
II. Lovett 2°, Ashworth 4°	45
III. Lovett 3°, Ashworth 3°	30
IV. Lovett 4°, Ashworth 2°	15
Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg pkt 8, uwzględniając, że całkowity uszczerbek z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.	
W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg pkt 3e i 3f oddzielnie dla każdej kończyny. Przyjęte wielkości procentowe po stronie prawej obowiązują dla strony dominującej.	
4. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
b) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju, uniemożliwiający jakąkolwiek pracę	60
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, wymagający stałego leczenia	30
d) zaznaczony zespół pozapiramidowy wymagający stałego leczenia	10
Uwaga: Rozpoznanie zespołu pozapiramidowego udokumentowane szpitalnie, powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym oraz zmianami w obrazie TK (CT) lub RM (NMR), a także orzeczeniem o niezdolności do jakiejkolwiek pracy lub samodzielnej egzystencji.	
5. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielną egzystencję	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie, uniemożliwiające jakąkolwiek pracę	60
c) utrudniające w umiarkowanym stopniu chodzenie	20
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	10
Uwaga: Rozpoznanie zespołu mózdkowego udokumentowane ambulatoryjnie i szpitalnie powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym, oraz orzeczeniem o niezdolności do jakiejkolwiek pracy (dotyczy pkt b) lub samodzielnej egzystencji (dotyczy pkt a) oraz zmianami w obrazie TK (CT) lub RM (NMR).	
6. Padaczka jednoznacznie rozpoznana jako pourazowa, leczona farmakologicznie, jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem, uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	100
b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi, zmianami otępiennymi, uniemożliwiająca wykonywanie jakiejkolwiek pracy	60
c) padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 2 napady w tygodniu i więcej	40
d) padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc	30
e) padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	20
f) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	10
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, powtarzające się napady, typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna i szpitalna potwierdzająca rozpoznanie. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania inwalidztwa. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.	
7. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne skutkujące trwałą niezdolnością do samodzielnej egzystencji	100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami psychicznymi, charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym trwale uniemożliwiająca jakąkolwiek pracę	60

Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii udokumentowane szpitalnie, powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym i psychiatrycznym oraz orzeczeniem o niezdolności do jakiegokolwiek pracy (dotyczy pkt b) lub samodzielnej egzystencji (dotyczy pkt a) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

8. Zaburzenia mowy – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40
d) umiarkowana afazja, w niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20
e) afazja nieznacznego stopnia, dyskretnie zaburzenia	10
9. Zespoły podwzgórzowe o potwierdzonej etiologii pourazowej (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne trwałe zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego) – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) znacznie upośledzające czynności ustroju	30-60
b) nieznacznie upośledzające czynności ustroju	15-29
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, boczny, odwodzący) – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
b) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
c) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-19
d) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20-30
11. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) gałąź V1 – nerw oczny	1-5
b) gałąź V2 – nerw szczękowy	1-5
c) gałąź V3 – nerw żuchwowy	1-5
12. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego w zależności od stopnia uszkodzenia – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10
d) uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z jednostronnym pęknięciem kości skalistej – ocena wg pkt a, b lub c powiększona o	5
e) uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z obustronnym uszkodzeniem kości skalistej – ocena wg pkt a, b lub c powiększona o	10
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	3-10
b) średniego stopnia	11-25
c) dużego stopnia	26-40
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) po stronie prawej (dominującej):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	10
b) po stronie lewej:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	7
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) częściowe	5
b) całkowite	15
B. Uszkodzenia twarzy	% uszczerbku
16. Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) blizny skóry widoczne, szpecące, w zależności od łącznego rozmiaru:	
i) powyżej 3 cm do 5 cm	1-2
ii) powyżej 5 cm do 9 cm	3-6
iii) powyżej 9 cm do 13 cm	7-10
iv) powyżej 13 cm do 17 cm	11-14
v) powyżej 17 cm	15
vi) blizny pooparzeniowe w stopniu IIB i III lub inne blizny nieliniowe na powierzchni większej niż 1 cm ²	1-15
b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	1-5
c) oszpecenie połączone z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	6-15
d) oszpecenie połączone ze znacznymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	16-25
17. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcy, bez zaburzeń drożności nosa i oddychania – w zależności od rozległości uszkodzenia	2-4
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami drożności nosa i oddychania utrzymujące się po korekcy – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-15
c) utrata nosa w całości (łącznie z kością nosową)	30
Uwaga: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa, należy oceniać dodatkowo wg pkt 16.	
18. Utrata zębów – co najmniej 1/2 korony:	
a) utrata stałych siekaczy i kłów – za każdy ząb	1
b) utrata pozostałych zębów stałych – za każdy ząb – począwszy od dwóch	1
19. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:	
a) niewielkiego stopnia	1-3
b) średniego stopnia	4-7
c) znacznego stopnia	8-10

Uwaga: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg pkt 10.

W przypadku zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo według Tabeli ostrości wzroku, pkt 24.

W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg pkt 16.

W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo wg pkt 20.

20. Złamania zuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów: a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	1-5 6-10
21. Utrata szczęki lub zuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań: a) częściowa b) całkowita	25 50
22. Ubytek podniebienia: a) powyżej 2 cm ² , bez zaburzeń mowy i połykania b) powyżej 2 cm ² , z niewielkimi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń c) powyżej 2 cm ² , z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	2 10 30
23. Urazy języka, w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności połykania: a) ubytki i zniekształcenia nieznacznie upośledzające odżywianie i mowę b) ubytki i zniekształcenia znacznie upośledzające odżywianie i mowę c) całkowita utrata języka	1-5 6-15 60

C. Uszkodzenia narządu wzroku

% uszczerbku

24. Utrata lub upośledzenie wzroku: a) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem, utratą gałki ocznej b) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek określa się według następującej tabeli (odejmując uszczerbek istniejący przed urazem):	40
--	----

Tabela ostrości wzroku

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

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

25. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych: a) jednego oka b) obu oczu	15 30
26. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a) rozdarcie naczyńki jednego oka b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka d) zanik nerwu wzrokowego	wg Tabeli ostrości wzroku
27. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących: a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c) ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	wg Tabeli ostrości wzroku
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg Tabeli ostrości wzroku
29. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg niżej podanej tabeli (łącznie % uszczerbku):	

Tabela koncentrycznego zwężenia pola widzenia

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku (w %)	W obu oczach (w %)	Przy ślepcie drugiego oka (w %)
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
poniżej 10°	35	95	100

30. Połowiczne niedowidzenia: a) dwuskroniowe b) dwunosowe c) jednoimienne d) jednooczne ubytki pola widzenia	50 25 25 5
31. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy urazowej: a) w jednym oku b) w obu oczach	15 30
32. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej – ocena wg Tabeli ostrości wzroku, ale w granicach procentu uszczerbku: a) w jednym oku b) w obu oczach	15-35 30-100
33. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po wyczerpaniu możliwości leczenia: a) w jednym oku b) w obu oczach	5 10

34. Odwarstwienie siatkówki jednego oka, jeśli występuje po urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia. Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.	
35. Jaskra wtórna zdiagnozowana jako pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku oraz Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia, z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy	
36. Zaćma pourazowa – ocena wg Tabeli ostrości wzroku po zakończeniu leczenia, w tym operacyjnego	
37. Przewlekłe zapalenie spojówek o etiologii urazowej, w zależności od nasilenia: a) niewielkie zmiany b) duże zmiany: blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek, z potwierdzonym leczeniem minimum 6-miesięcznym	2 5

Uwaga: Suma orzeczonego uszczerbku z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%).

Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać wg pkt 16.

D. Uszkodzenia narządu słuchu

% uszczerbku

38. Pourazowe upośledzenia ostrości słuchu. Ocena ostrości słuchu (procent trwałego uszczerbku) na podstawie niżej podanej tabeli:

Tabela ostrości słuchu

		Ucho prawe			
		0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe	0 - 25 dB	0	5	10	20
	26 - 40 dB	5	15	20	30
	41 - 70 dB	10	20	30	40
	pow. 70 dB	20	30	40	50

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

Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz.

Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów: 500, 1000, 4000 Hz.

39. Urazy małżowiny usznej: a) blizna małżowiny powyżej 3 cm b) zniekształcenie pourazowe małżowiny lub utrata do 1/3 jej powierzchni c) zniekształcenie pourazowe małżowiny lub jej utrata powyżej 1/2 powierzchni d) utrata jednej małżowiny e) utrata obu małżowin	1 4 8 15 25
40. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z niedosłuchem	wg Tabeli ostrości słuchu
41. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, w tym powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań: a) jednostronne b) dwustronne	5 10
42. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg Tabeli ostrości słuchu
43. Uszkodzenie ucha wewnętrznego: a) z uszkodzeniem części słuchowej b) z nieznacznym uszkodzeniem części statycznej – okresowe zaburzenia równowagi, z nieznacznym lub umiarkowanym utrudnieniem chodu c) ze znacznym uszkodzeniem części statycznej – stałe zaburzenia równowagi, ze znacznym utrudnieniem chodu d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień uszczerbku wg pkt 43 b) lub 43 c)	wg Tabeli ostrości słuchu 5-20 21-50

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

% uszczerbku

44. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji	5-10
45. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
46. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej: a) z zaburzeniami głosu w zależności od stopnia b) z całkowitym bezgłosem	35-59 60
47. Uszkodzenia tchawicy ze zwężeniem jej światła, w zależności od stopnia jej zwężenia: a) bez niewydolności oddechowej b) z niewielką dusznością wysiłkową c) ze znaczną dusznością wysiłkową d) z dusznością spoczynkową	1-10 11-20 21-39 40
48. Uszkodzenia przełyku: a) w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych b) w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, ocenione po zabiegach rekonstrukcyjnych c) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki itp. – ocena wg pkt 48 b), zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	5-20 5-50 10-30
49. Uszkodzenia tkanek miękkich – blizny skóry, uszkodzenia mięśni w zależności od łącznego rozmiaru blizn i ruchomości szyi: a) blizny skórne, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru blizn: i) powyżej 5 cm do 8 cm ii) powyżej 8 cm do 11 cm iii) powyżej 11 cm iv) blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ² b) blizny skóry, uszkodzenia mięśni z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi – ocena wg pkt 78, zwiększając procent uszczerbku w zależności od rozmiaru blizn określonego w pkt a)	1 2 3 1-3

Uwaga: Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylenie na boki po 45°.

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg pkt 78.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

% uszczerbku

Przy ocenie wg pkt 50, 53 i 55 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku, gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, uszczerbek, wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej, ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.

50. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia upośledzenia oddychania oraz zniekształcenia lub ubytków mięśni	1-5
---	-----

51. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet:	
a) częściowa utrata brodawki:	
i) do 45 roku życia	4
ii) po 45 roku życia	2
b) całkowita utrata brodawki:	
i) do 45 roku życia	8
ii) po 45 roku życia	4
c) częściowa utrata sutka w zależności od wielkości ubytku:	
i) do 45 roku życia	5-14
ii) po 45 roku życia	3-11
d) całkowita utrata sutka:	
i) do 45 roku życia	15
ii) po 45 roku życia	12
e) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniac według powyższych punktów, dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10
52. Utrata sutka u mężczyzn	2
53. Złamanie żeber z ograniczeniem wydolności oddechowej:	
a) z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	1-8
b) ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	9-13
c) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	14-25
Uwaga: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 55.	
54. Złamanie mostka:	
a) ze zniekształceniem	2
b) ze zniekształceniem i wzrostem w przemieszczeniu	5
55. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie i/lub ubytki tkanki płucnej):	
a) z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	1-8
b) ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	9-13
c) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	14-25
d) ciężka niewydolność oddechowa spełniająca łącznie następujące warunki: wynik FEV1 < 1 litr, konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii); wynik badania gazometrycznego krwi tętnicznej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO ₂ równe lub mniej niż 55 mm Hg); występowanie duszności spoczynkowej	40
Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej:	
– niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych,	
– średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych,	
– znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.	
56. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90
Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.	
Klasyfikacja NYHA – Klasyfikacja Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego:	
Klasa I. Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.	
Klasa II. Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa III. Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa IV. Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory	
Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.	
Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej	
MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	
57. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia utrzymujących się mimo leczenia operacyjnego – ocena wg odpowiednich pozycji w rozdziałach: F, G	
G. Uszkodzenia brzucha i ich następstwa	
% uszczerbku	
58. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej, po wyczerpaniu możliwości leczenia	1-15
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznane za pourazowe.	
59. Uszkodzenia żołądka, jelit, krezki jelita i sieci:	
a) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	6-10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
60. Stałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości skutecznego zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30-70
b) jelita grubego	20-50
61. Uszkodzenia okolicy odbytu, zwieracza odbytu – po wyczerpaniu możliwości leczenia:	
a) blizny, zwężenia odbytu, niewielkie dolegliwości	1-5
b) uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące częściowe nietrzymanie gazów i stolca	10-20
c) uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50

62. Utrata śledziony:	
a) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
b) utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
63. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, leczone operacyjnie, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

Uwaga: Przetoki trzustkowe oceniać według ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg pkt 63 b-d. Przetoki żółciowe oceniać według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg pkt 63 b-d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać według częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg pkt 63 b-d.

Klasyfikacja Childa-Pugha – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8-3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	brak	I-II°	III-IV°

Grupa A – 5-6 pkt, Grupa B – 7-9 pkt, Grupa C – 10-15 pkt

H. Uszkodzenia narządów moczopłciowych

	% uszczerbku
64. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5-25
65. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	25
66. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30-75
67. Uszkodzenie moczowodu:	
a) zwężenie moczowodu mimo leczenia, bez zaburzeń układu moczowego	5-9
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	10-15
68. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5-15
b) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
69. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
70. Pourazowe zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
c) z nietrzymaniem i zaleganiem moczu i powikłaniami	41-50
71. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	
a) uszkodzenie lub częściowa utrata	1-30
b) utrata całkowita prącia	40
72. Uszkodzenie lub częściowa utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) w wieku do 45 roku życia	2-20
b) w wieku po 45 roku życia	1-10
73. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	20
74. Pourazowy wodniak jądra – w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	1-10
75. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	15
76. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladek, prowadzące do rozległych ubytków tkanek i deformacji	1-5
77. Oparzenia ciała w stopniu IIB i III:	
a) skóra owłosiona głowy: wg pkt 1 a) iv)	
b) twarz: wg pkt 16	
c) szyja: wg pkt 49	
d) krocze: blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ²	1-5

Uwaga: Blizny pooparzeniowe należy oceniać najwcześniej po 3 miesiącach od daty zdarzenia. Rozmiary blizn należy podać w cm².

I. Urazy kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

	% uszczerbku
Kręgosłup szyjny	
Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć 45%.	
78. Ograniczenie ruchomości:	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
b) z ograniczeniem ruchomości 26-50%	7-14
c) z ograniczeniem ruchomości 51-75%	15-20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
79. Zesztywnienie:	
a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie głowy	30
b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia głowy	31-45
80. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°)	8
81. Obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	2-10
82. Urazowe zespoły korzeniowe:	
a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp.	2

b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)	3-9	
c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	10-15	
83. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu: a) wyrostków kolczystych i poprzecznych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 78, 82 b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	4	
Kręgosłup piersiowy (Th 1 – Th 11) Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć 30%.		
84. Ograniczenie ruchomości: a) z ograniczeniem ruchomości do 50% b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	1-9 10-19	
85. Zesztywnienie: a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie tułowia b) w pozycji niekorzystnej w zależności od ustawienia tułowia	20 21-30	
86. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgow o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°)	7	
87. Obniżenie wysokości trzonu kręgu o co najmniej 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	1-5	
88. Urazowe zespoły korzeniowe: a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp. b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia) c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	2 3-6 7-10	
89. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu: a) wyrostków kolczystych i poprzecznych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 84, 88 b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	2	
Kręgosłup lędźwiowy (Th 12 – L5) Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 40%.		
90. Ograniczenie ruchomości: a) z ograniczeniem ruchomości do 25% b) z ograniczeniem ruchomości 26-50% c) z ograniczeniem ruchomości 51-75% d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	1-6 7-14 15-20 21-29	
91. Zesztywnienie: a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie tułowia b) w pozycji niekorzystnej w zależności od ustawienia tułowia	30 31-40	
92. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgow o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15°)	9	
93. Obniżenie wysokości trzonu kręgu co najmniej o 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	3-12	
94. Urazowe zespoły korzeniowe: a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp. b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia) c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego) d) guziczne	2 3-9 10-15 1-3	
95. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu: a) wyrostków kolczystych i żeberkowych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 90, 94 b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	5	
Uwaga: Jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed zdarzeniem zmiany chorobowe kręgosłupa (dyskopatie, zmiany zwyrodnieniowe), wartość należnego uszczerbku zostanie pomniejszona od 20 do 80%, w zależności od nasilenia i rozległości zmian chorobowych, a także historii leczenia. Wzrost uszczerbku w przypadku złamania wyrostków stawowych i łuków kręgowych oraz leczenia operacyjnego złamań, kręgosłupków pourazowych, niestabilności (stabilizacja) uwzględnia powstawanie zmian zwyrodnieniowych w przyszłości.		
Rdzeń kręgowy		
96. Skutki urazów rdzenia kręgowego – ocena wg pkt 3		
J. Urazy miednicy i ich następstwa		
	% uszczerbku	
97. Utrwalone rozejście stawu krzyżowo-biodrowego, w zależności od przemieszczenia, skrócenia kończyny i wydolności chodu: a) niewielkie zmiany (skrócenie kończyny od 1,5 cm, zmiany zwyrodnieniowe stawu, bóle przeciążeniowe) b) średnie zmiany (skrócenie kończyny od 2 cm do 4 cm, zmiany zwyrodnieniowe stawu, stałe bóle, chód utykający) c) duże zmiany (dodatni objaw Trendelenburga, skrócenie kończyny powyżej 4 cm, zmiany zwyrodnieniowe, konieczność używania kul)	1-9 10-20 21-30	
98. Utrwalone rozejście spojenia łonowego, w zależności od szerokości, zaburzeń chodu i dolegliwości bólowych	1-10	
99. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy w odcinku przednim pozastawowo (kość łonowa, kulszowa), w zależności od przemieszczeń, dolegliwości i zaburzeń chodu	1-9	
100. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne) – w zależności od przemieszczeń, skrócenia kończyny, zaburzeń chodu, konieczności używania kul	10-30	
101. Złamania w obrębie panewki stawu biodrowego – oceniać według punktów dotyczących ograniczenia ruchomości stawu biodrowego, skrócenia kończyny, zaników mięśni i zmian zwyrodnieniowych (178, 179, 181, 202)		
102. Izolowane złamania miednicy (guz kulszowy, kolce biodrowe, talerz biodrowy), w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-8	
Uwaga: Towarzyszące urazy narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według punktów dotyczących odpowiednich narządów i nerwów obwodowych.		
K. Urazy kończyn górnych i ich następstwa		
	% uszczerbku	
	Prawa Lewa	
Przyjęte wielkości procentowe po stronie prawej obowiązują dla strony dominującej.		
Staw barkowy		
Dotyczy skutków urazów obejmujących staw barkowy: złamań, zwichnięć, skręceń (łopatki, obojczyka, nasady bliższej kości ramiennej) i amputacji. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 40% dla strony dominującej i 30% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zesztywnienia.		
103. Ograniczenie ruchomości stawu barkowego: a) do 30% b) od 31% do 50% c) powyżej 50%	1-12 13-20 21-40	1-9 10-15 16-30
104. Zaniki mięśni – co najmniej 2 cm różnicy obwodu ramienia	2-5	2-5

105. Zespół bolesnego barku: a) bez zaników i osłabienia siły mięśni rotatorów b) z zanikami i osłabieniem siły mięśni rotatorów, w zależności od stopnia (co najmniej 4 według Lovett'a)	3 6-9	2 5-8
106. Złamanie nasady bliższej kości ramiennej, łopatki, obojczyka, zwłknięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, skręcenia – ocena wg pkt 103-105, 108, 111, 112		
107. Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego i mostkowo-obojczykowego powodujące podwłknięcie lub zwłknięcie, utrzymujące się mimo zakończenia leczenia: a) podwłknięcie (stopień I i II) bez względu na stopień zniekształcenia – ocena wg pkt 103-105 b) zwłknięcie (stopień III) – ocena jak w punkcie a) i dodatkowo	6	5
108. Niestabilność stawu ramiennie-łopatkowego: a) I° b) II° c) III°	4 8 12	3 6 9
109. Zastarzałe, nieodprowadzalne zwłknięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, w zależności od ruchomości i ustawienia kończyny	20-30	15-25
110. Nawykowe zwłknięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia – ocena wg pkt 103-105 i 108		
111. Złamanie powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
112. Urazy powikłane: a) przewlekłym zapaleniem kości, przetokami b) protezoplastyką stawu ramiennie-łopatkowego	5 14	5 12
113. Zesztywnienie w stawie ramiennie-łopatkowym: a) w ustawieniu korzystnym (odwiedzenie 70°, zgięcie 35°, rotacja zewnętrzna 25°) b) w ustawieniu niekorzystnym	30 40	20 30
114. Amputacje: a) kończyny wraz z łopatką b) w stawie ramiennie-łopatkowym	70 60	60 50

Ramię

Dotyczy skutków urazów w obrębie ramienia: złamań trzonu kości ramiennej, obrażeń mięśni i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć uszczerbku wynikającego z amputacji na danym poziomie.

115. Złamanie trzonu kości ramiennej wygojone z ograniczeniem ruchomości przyległych stawów (w przypadku innych zmian nieuwzględnionych w kolejnych punktach, dodatkowa ocena według odpowiednich punktów) – ocena wg pkt 103, 104, 121		
116. Zrost złamania trzonu kości ramiennej z dużym zagięciem osiowym (zagięcie osi powyżej 30°) i skróceniem powyżej 5 cm	7	7
117. Złamanie powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
118. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
119. Urazy mięśni: a) dwugłowego ramienia, w zależności od osłabienia siły, co najmniej 4 według Lovett'a b) trójgłowego ramienia, w zależności od osłabienia siły, co najmniej 4 według Lovett'a c) innych mięśni ramienia	5-20 4-15 1-5	3-15 2-10 1-3
120. Amputacje bez względu na poziom	60	50

Łokiec

Dotyczy skutków urazów w obrębie łokcia: złamań (nad- i przekłtykciowych kości ramiennej, złamań części kości ramiennej i kości przedramienia tworzących staw łokciowy, nasady bliższej kości przedramienia), zwłknięć, skręceń i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 25% dla strony dominującej i 20% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zesztywnienia.

121. Ograniczenia ruchomości stawu łokciowego (dodatkowo ocena wg pkt 104, 128): a) do 20% b) od 21% do 50% c) powyżej 50%	1-5 6-12 13-25	1-4 5-10 11-20
122. Niestabilność stawu łokciowego: a) I° b) II° c) III°	2 5 10	2 4 8
123. Złamanie powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
124. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
125. Zesztywnienia stawu łokciowego: a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia b) z ograniczeniem ruchów obrotowych w zależności od stopnia ograniczenia c) w ustawieniu niekorzystnym (w wyproście 120° lub większym, ograniczenie ruchów obrotowych przedramienia), w zależności od ustawienia w stawie łokciowym	15 16-25 26-40	12 13-20 21-35
126. Amputacje na poziomie stawu łokciowego	60	50

Przedramię

Dotyczy skutków urazów w obrębie przedramienia (złamań trzonów kości przedramienia), mięśni, ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć uszczerbku wynikającego z amputacji na danym poziomie.

127. Urazy przedramienia wygojone z ograniczeniem ruchomości przyległych stawów (w przypadku innych zmian nieuwzględnionych w kolejnych punktach dodatkowa ocena według odpowiednich punktów) – ocena wg pkt 121, 134		
128. Zaniki mięśni – co najmniej 2 cm różnicy obwodu przedramienia, w zależności od różnicy obwodów (mierzony maksymalny obwód na tej samej wysokości)	2-5	2-5
129. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich: mięśni, ścięgien – dodatkowa ocena wg pkt 121, 134: a) małe zmiany (przepukliny mięśniowe bez osłabienia siły chwytu w zależności od wielkości) b) średnie zmiany (przepukliny mięśniowe i osłabienie siły chwytu do 30%) c) duże zmiany (dominującym objawem jest osłabienie siły chwytu powyżej 50%)	1-4 5-9 10-15	1-3 4-8 9-14
130. Złamanie trzonów kości przedramienia wygojone z przemieszczeniem kątowym co najmniej 20°, w zależności od wielkości przemieszczenia, powoduje zwiększenie stopnia uszczerbku o	3-9	2-7
131. Złamanie trzonów kości przedramienia powikłane brakiem zrostu (stawem rzekomy), po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia: a) kości promieniowej b) kości łokciowej c) kości promieniowej i łokciowej	15 10 40	15 10 30
132. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5	5
133. Amputacje bez względu na poziom	60	50

Nadgarstek

Dotyczy skutków urazów w obrębie przynasad i nasad dalszych przedramienia (złamań) i nadgarstka: złamań (kości nadgarstka), zwichnięć, skręceń i amputacji. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 20% dla strony dominującej i 15% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zeszywnienia.

134. Urazy w obrębie nasad dalszych kości przedramienia i nadgarstka, wygojone z ograniczeniem ruchomości w stawie promieniowo-nadgarstkowym – dodatkowo ocena wg pkt 128, jeśli występuje ograniczenie ruchomości w stawie łokciowym, także ocena wg pkt 121: a) do 30% b) od 31% do 50% c) powyżej 50%	1-6 7-10 11-20	1-5 6-8 9-15
135. Złamania nasad dalszych przedramienia wygojone z przemieszczeniem (kąt Boehlera w RTG projekcji bocznej mniejszy od 0°, w projekcji A-P mniejszy o 20%)	3	2
136. Niestabilność nadgarstka, a także stawu promieniowo-nadgarstkowego i promieniowo-łokciowego dalszego, włączając uszkodzenia chrząstki trójkątnej, w zależności od nasilenia zmian i stopnia niestabilności	3-8	2-7
137. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
138. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
139. Zeszywnienie w obrębie nadgarstka (dodatkowa ocena funkcji palców): a) w położeniu korzystnym b) w położeniu niekorzystnym	20 30	15 25
140. Amputacja na poziomie nadgarstka	60	50

Śródrezcze

Dotyczy skutków urazów w obrębie śródrezcza: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może przekroczyć uszczerbku wynikającego z całkowitej utraty odpowiedniego palca.

141. Złamania kości śródrezcza – ocena według punktów dotyczących ruchomości odpowiednich palców (146, 153, 160, 167)		
142. Złamania kości śródrezcza zrośnięte z przemieszczeniem na długość, kątowym lub rotacyjnym, powodujące upośledzenie chwytu, w zależności od stopnia przemieszczenia – ocena według punktów dotyczących odpowiednich palców i dodatkowo: a) I kość śródrezcza b) II kość śródrezcza c) III kość śródrezcza d) IV i V kość śródrezcza	1-6 1-5 1-3 1	1-5 1-4 1-2 1
143. Urazy ścięgien i mięśni, powodujące ograniczenia ruchomości palców oraz dolegliwości upośledzające funkcję ręki – ocena według punktów dotyczących odpowiednich palców i dodatkowo	1-3	1-2
144. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
145. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5

Palce

Palec I (kciuk)

Dotyczy skutków urazów w obrębie kciuka: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

146. Ograniczenie ruchomości: a) do 30% b) od 31% do 60% c) powyżej 60%	1-6 7-12 13-20	1-5 6-9 10-15
147. Niestabilność stawów kciuka w zależności od stopnia	1-4	1-3
148. Zrost złamań z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji kciuka	1-6	1-4
149. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej kciuka, w zależności od stopnia i rozległości	1-10	1-8
150. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	3	3
151. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	3	3
152. Amputacje: a) opuszki b) paliczka dalszego c) paliczka dalszego z częścią paliczka bliższego do 2/3 długości d) paliczka dalszego i bliższego powyżej 2/3 długości lub obu paliczków e) obu paliczków z I kością śródrezcza	4 10 15 20 25	2 5 10 15 20

Uwaga: Przy ocenie funkcji kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przywodzenia i przeciwstawiania.

Palec II (wskazujący)

Dotyczy skutków urazów w obrębie wskaziciela: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

153. Ograniczenie ruchomości: a) do 30% b) od 31% do 60% c) powyżej 60%	1-5 6-9 10-15	1-3 4-6 7-10
154. Niestabilność stawów wskaziciela w zależności od stopnia	1-4	1-3
155. Zrost złamań z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji wskaziciela	1-5	1-3
156. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej wskaziciela, w zależności od stopnia i rozległości	1-8	1-5
157. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	3	3
158. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	3	3
159. Amputacje: a) opuszki b) paliczka dalszego c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego do 1/3 długości d) paliczka dalszego i środkowego powyżej 1/3 długości lub obu paliczków e) paliczka dalszego, środkowego i bliższego do 1/3 długości f) trzech paliczków g) trzech paliczków wraz z II kością śródrezcza	2 5 7 10 12 15 20	1 3 5 8 9 10 15

Palec III (środkowy)

Dotyczy skutków urazów w obrębie palca III: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

160. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-3	1-2
b) od 31% do 60%	4-6	3-5
c) powyżej 60%	7-10	6-8
161. Niestabilność średniego lub znacznego stopnia stawów palca III	1	1
162. Zrost złamań ze znacznym przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji palca III	1	1
163. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej palca III, w zależności od stopnia i rozległości	1-5	1-4
164. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	1	1
165. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	1	1
166. Amputacje:		
a) opuszki	2	1
b) paliczka dalszego	3	2
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego do 1/3 długości	5	4
d) paliczka dalszego i środkowego powyżej 1/3 długości lub obu paliczków	7	5
e) paliczka dalszego, środkowego i bliższego do 1/3 długości	8	6
f) trzech paliczków	10	8
g) trzech paliczków z kością śródreżca	12	10

Palec IV (serdeczny) i V (mały)

Dotyczy skutków urazów w obrębie palca IV i V: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż uszczerbek w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

167. Ograniczenie ruchomości palca IV lub V, za każdy:		
a) do 30%	1-2	1
b) od 31% do 60%	3-4	2
c) powyżej 60%	5-7	3
168. Niestabilność znacznego stopnia stawów palca IV lub V	1	1
169. Zrost złamań palców IV lub V z bardzo dużym przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, za każdy	1	1
170. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej palca IV lub V, w zależności od stopnia i rozległości, za każdy	1-3	1
171. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	1	1
172. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	1	1
173. Amputacje palca IV i V (wartości dla jednego palca):		
a) opuszki	1	1
b) paliczka dalszego	2	1
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego lub obu paliczków	4	2
d) paliczka dalszego, środkowego z częścią paliczka bliższego lub trzech paliczków	7	3
e) trzech paliczków z kością śródreżca	9	5
174. Amputacje mnogie są sumą amputacji palców na odpowiednich poziomach i uszczerbek z tego tytułu nie może przekroczyć 60% dla kończyny dominującej i 50% dla niedominującej		

Układ krążenia kończyn górnych

175. Zaburzenia funkcji obwodowych naczyń krwionośnych, w zależności od długości i nasilenia obrzęków, dolegliwości bólowych, chromania kończyn w związku z wykonywaniem prac różnej ciężkości, osłabienia tętna	1-15	1-10
176. Algodystrofia współczulna (zespół Sudecka) – ocena według punktów dotyczących zajętego odcinka kończyny i dodatkowo wg pkt 175 i 177		

Układ nerwowy kończyn górnych

Poniżej zostały podane maksymalne wartości uszczerbku występujące przy porażeniu odpowiednich nerwów (braku funkcji) na skutek urazów i po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia. W przypadku niecałkowitej utraty funkcji nerwu uszczerbek musi być proporcjonalnie obniżony, w zależności od zachowanej funkcji nerwu.

177. Zaburzenia pourazowe funkcji nerwów kończyn górnych. Ocena od 1% do wartości maksymalnych określonych w tabeli poniżej:

Nerw	Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części czuciowej nerwu		Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części ruchowej nerwu		Maksymalny uszczerbek przy całkowitym uszkodzeniu nerwu	
	Prawy	Lewy	Prawy	Lewy	Prawy	Lewy
A. Przeponowy	0		15		15	
B. Piersiowy (przyśrodkowy i boczny)	0	0	3	3	3	3
C. Pachowy	2	2	18	13	20	15
D. Grzbietowy łopatki	0		3	3	3	3
E. Piersiowy długi	0		15	10	15	10
F. Przyśrodkowy skórny przedramienia	3	2	0		3	2
G. Przyśrodkowy skórny ramienia	3	2	0		3	2
H. Pośrodkowy (powyżej połowy przedramienia)	18	12	27	23	45	35
I. Pośrodkowy (poniżej połowy przedramienia)	18	12	5	4	23	16
J. Mięśniowo-skrórny	3	2	17	13	20	15
K. Promieniowy (powyżej gałęzi do mięśnia trójgłowego)	3	2	37	33	40	35
L. Promieniowy (poniżej gałęzi do mięśnia trójgłowego)	3	2	27	23	30	25
M. Promieniowy (nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia)	3	2	17	13	20	15
N. Promieniowy (po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia)	0		10	7	10	7
O. Podłopatkowy	0		3	2	3	2
P. Nadłopatkowy	3	2	10	8	13	10
R. Łokciowy (powyżej połowy przedramienia)	5	2	25	23	30	25
S. Łokciowy (poniżej połowy przedramienia)	5	2	20	18	25	20
T. Splot barkowy część górna (porażenie typu Duchenne i Erba)	—		—		20	15
U. Splot barkowy część dolna (porażenie typu Dejerine-Klumpke)	—		—		40	35

Uwaga: W przypadku uszkodzeń w obrębie układu kostno-stawowego przy jednoczesnym uszkodzeniu splotu barkowego ocena uszczerbku następuje wg pkt 103-113.

L. Urazy kończyn dolnych i ich następstwa	% uszczerbku
178. Skrócenie kończyn: a) od 1,5 cm do 3 cm b) powyżej 3 cm do 4 cm c) powyżej 4 cm do 5 cm d) powyżej 5 cm	2-3 4-5 6-7 8
179. Zaniki mięśni uda (obwód uda mierzony 10 cm ponad rzepką): a) od 1,5 cm do 2 cm b) powyżej 2 cm do 3 cm c) powyżej 3 cm do 4 cm d) powyżej 4 cm	1-2 3 4 5
180. Zaniki mięśni podudzia (mierzony maksymalny obwód podudzi na tej samej wysokości): a) od 1,5 cm do 2 cm b) powyżej 2 cm do 3 cm c) powyżej 3 cm do 4 cm d) powyżej 4 cm	1-2 3 4 5
181. Ograniczenie ruchomości stawu biodrowego: a) do 25% b) od 26% do 50% c) ponad 50%	1-10 11-20 21-40
182. Ograniczenie ruchomości stawu kolanowego: a) w zakresie 0°-40° za każde 2° ubytku ruchu b) w zakresie 41°-90° za każde 5° ubytku ruchu c) w zakresie 91°-140° za każde 10° ubytku ruchu	1 1 1
183. Ograniczenie ruchomości stawu skokowego: a) do 25% zgięcia podszwawego przy zachowanych ruchach obrotowych b) od 26% do 50% zgięcia podszwawego przy zachowanych ruchach obrotowych c) ponad 50% zgięcia podszwawego przy zachowanych ruchach obrotowych d) zgięcia grzbietowego e) ruchów obrotowych (nawracania i odwracania)	1-3 4-6 7-12 1-4 1-4
184. Ograniczenia ruchomości palucha w zależności od zakresu ruchu: a) w stawie międzypaliczkowym b) w stawie śródstopno-paliczkowym	1-5 1-5
185. Ograniczenia ruchomości palców stopy II-V dla każdego palca	1-3
Amputacje	
Poziom amputacji	
186. Hemipelwektomia	70
187. Wyłuszczenie w stawie biodrowym	60
188. Udo do połowy długości	60
189. Udo poniżej połowy długości	50
190. Podudzie niezależnie od poziomu	50
191. Utrata stopy w całości	45
192. Staw Choparta	35
193. Staw Lisfranca	30
194. Śródstopie do połowy długości	25
195. Śródstopie poniżej połowy długości	20
196. Paluch: a) paliczka dalszego w zależności od długości kikuta b) w obrębie paliczka bliższego w zależności od długości kikuta	1-5 6-10
197. Palce II-V, w zależności od długości kikuta, za każdy	1-3
Staw biodrowy	
Dotyczy skutków urazu biodra: złamań głowy i szyjki kości udowej, przekrętarzowych, podkrętarzowych, złamań w obrębie panewki stawu biodrowego, zwichnięć, skręceń.	
Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 40% oprócz przypadków amputacji, zeszywnienia i braku zrostu, gdzie uszczerbek nie może przekroczyć 60%.	
198. Urazy układu kostnego w obrębie biodra – ocena wg pkt 178, 179, 181, 182	
199. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
200. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5
201. Zeszywnienie stawu biodrowego: a) w pozycji korzystnej (zgięcie 15°-35° w zależności od wieku, odwiedzenie 5°-10°, rotacja zewnętrzna 5°-10°) b) w pozycjach niekorzystnych, w zależności od ustawienia	40 41-60
202. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość 4 mm), a maksymalny uszczerbek ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm)	3-12
203. Pourazowa protezoplastyka stawu biodrowego – ocena wg pkt 178, 179, 181 i dodatkowo: a) bez zmian b) średnie zmiany (okresowe i średnio nasilone bóle, niewielkie lub średnie utykanie, okresowe używanie laski lub kuli, ograniczenie długości chodzenia, ograniczenie zdolności chodzenia po schodach bez pomocy poręczy, ograniczenie możliwości ubierania się, ograniczenie możliwości siedzenia na krześle itp.) c) duże zmiany (zmiany opisane powyżej o większym nasileniu i powodujące większe ograniczenie aktywności oraz samoobsługi)	15 20 30
Trzon kości udowej	
Dotyczy skutków urazów uda: złamań trzonu kości udowej i obrażeń mięśni uda. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 50%.	
204. Złamania trzonu kości udowej – ocena wg pkt 178-182	
205. Złamania trzonu kości udowej wygojone z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	10-20
206. Urazy mięśni – ocena wg pkt 181, 182 i dodatkowo: a) zginaczy stawu kolanowego, w zależności od stopnia upośledzenia funkcji mięśni (co najmniej 4 według Lovett'a) b) prostowników stawu kolanowego, w zależności od stopnia upośledzenia funkcji mięśni (co najmniej 4 według Lovett'a) c) innych mięśni, powięzi	5-10 5-10 2-5

207. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
208. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
Kolano	
Dotyczy skutków urazów okolicy kolana: wszelkich typów złamań nasady i przynasady dalszej kości udowej oraz nasady i przynasady bliższej kości piszczelowej, złamań i zwłknięć rzepki, zwłknięć, skręceń stawu kolanowego oraz obrażeń tkanek miękkich stawowych i okołostawowych.	
W przypadku uszkodzeń tkanek miękkich stawowych i okołostawowych (więzadła, łąkotki, chrząstka itp.) maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 25% oraz nie może przekroczyć 40% w przypadku złamań kości tworzących staw kolanowy zrośniętych z przemieszczeniem lub w przypadku braku zrostu.	
209. Złamania części kości piszczelowej i udowej tworzących staw kolanowy, złamania rzepki, skręcenia, zwłknięcia – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182	
210. Złamania części kości tworzących staw kolanowy wygojone z przemieszczeniem kątowym ponad 5°, obniżeniem powierzchni stawowej kłykci kości piszczelowej lub innymi przemieszczeniami powodującymi wadliwą oś kończyny i w rezultacie zaburzenie mechaniki, w zależności od stopnia	5-15
211. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
212. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5
213. Zesztywnienie stawu kolanowego: a) w pozycji korzystnej (pełny wyprost lub do 15° zgięcia) b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia	20 21-40
214. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe, w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość w stawie kolanowym 4 mm, w stawie rzepekowo-udowym 3 mm), a maksymalny uszczerbek ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm): a) staw kolanowy b) staw rzepekowo-udowy c) chondromalacja rzepki stwierdzona w badaniu klinicznym, bez objawów zwężenia stawu	3-12 2-6 2
215. Urazy więzadeł stawu kolanowego wygojone z niestabilnością stawu (w przypadku niestabilności złożonych uszczerbek jest sumą występujących prostych niestabilności): a) niestabilność przyśrodkowa I° b) niestabilność przednia I° lub tylna I° lub boczna I° lub przyśrodkowa II° c) niestabilność przednia II° lub tylna II° lub boczna II° lub przyśrodkowa III° d) niestabilność przednia III° lub tylna III° lub boczna III°	1 3 6 9
216. Urazy łąkotec operowane: a) usunięta część łąkotki b) usunięta cała łąkotka	1 3
217. Urazy rzepki – dodatkowo ocena wg pkt 179, 180, 182: a) udokumentowane zwłknięcia pozostawiające niestabilność b) złamania wygojone z przemieszczeniem c) brak zrostu złamania rzepki d) usunięcie rzepki (patelectomia)	3 5 7 9
218. Pourazowa protezoplastyka stawu kolanowego – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182, 215 i dodatkowo	15
Podudzie	
Dotyczy skutków urazów podudzia: złamań trzonu kości piszczelowej i złamań kości strzałkowej oprócz części tworzącej staw skokowy oraz obrażeń mięśni, ścięgien i powięzi. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 50%.	
219. Złamania trzonu podudzia (kości piszczelowej i strzałkowej) – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182, 183	
220. Złamania trzonu podudzia wygojone z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	6-15
221. Urazy mięśni, ścięgien i powięzi w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, zaburzeń chodu, konfliktu z obuwiem itp. – ocena wg pkt 183 i dodatkowo: a) ścięgna Achillesa i/lub mięśnia trójgłowego łydki (osłabienie siły co najmniej 4 według Lovett'a) b) prostowników stawu skokowego (osłabienie siły co najmniej 4 według Lovett'a) c) innych mięśni, ścięgien i powięzi	5-15 5-10 1-5
222. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-10
223. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5
Staw skokowy	
Dotyczy skutków urazów okolicy stawu skokowego: złamań w obrębie stawu skokowego (przynasady i nasady dalszej podudzia, kostek), zwłknięć, skręceń. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 20% oprócz przypadków amputacji, zesztywnienia i braku zrostu, gdzie uszczerbek nie może przekroczyć 40%.	
224. Urazy stawu skokowego – ocena wg pkt 180, 182, 183	
225. Złamania nasady i przynasady dalszej podudzia wygojone z przemieszczeniem kątowym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	6-15
226. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-10
227. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
228. Zesztywnienie stawu skokowego: a) w pozycji korzystnej (pośrednie ustawienie stopy) b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia	20 21-30
229. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe, w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość 4 mm), a maksymalny uszczerbek ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm)	3-12
230. Urazy więzadeł stawu skokowego wygojone z niestabilnością stawu: a) I° b) II° c) III°	2 4 6
Stęp	
Dotyczy skutków urazów stępu: złamań kości piętowej, skokowej, łódkowatej, sześcienniej, klinowatych, zwłknięć, skręceń. Maksymalny stopień uszczerbku nie może być większy niż 30%.	
231. Urazy w obrębie stępu – ocena wg pkt 180, 183	

232. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
233. Złamania kości piętowej wygojone z przemieszczeniem i zmniejszeniem kąta Boehlera lub odpowiadającym zwiększeniem koślawości tyłostopia w stosunku do strony przeciwnej: a) kąt 35°-31° lub koślawość $\geq 5^\circ$ b) kąt 30°-20° lub koślawość $\geq 10^\circ$ c) kąt 19°-10° lub koślawość $\geq 15^\circ$ d) kąt poniżej 10° lub koślawość $> 20^\circ$	5 8 10 15
234. Złamania kości skokowej wygojone z przemieszczeniem lub brakiem zrostu, pourazowa martwica jałowa – dodatkowa ocena wg pkt 229	6
235. Urazy powodujące powstanie patologicznej szpotawości tyłostopia większej niż 10°	5-10

Śródstopie i palce

Dotyczy skutków urazów śródstopia i palców stopy: złamań, zwichnięć, skręceń oraz obrażeń mięśni i ścięgien.

236. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie śródstopia – ocena wg pkt 180, 183, 184, 185	
237. Złamania i zwichnięcia wygojone z przemieszczeniem powodującym upośledzenie prawidłowych faz chodu i dolegliwości bólowe (metatarsalgia): a) I kości śródstopia b) V kości śródstopia c) pozostałych kości śródstopia	2-8 2-4 1-2
238. Złamania trzech i więcej kości śródstopia wygojonych z przemieszczeniem powodującym zniekształcenie łuków stopy, w zależności od nasilenia zmian	4-9
239. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	1-8
240. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
241. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie palucha, w zależności od zakresu ruchu, niestabilności, przemieszczeń itp.: a) wygojone z ograniczeniem ruchomości do 30% b) wygojone z ograniczeniem ruchomości od 31% do 60% c) wygojone z ograniczeniem ruchomości ponad 60%	2-3 4-6 7-10
242. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie palców II-V, w zależności od zakresu ruchu, niestabilności, przemieszczeń (za każdy)	1-3

Układ krążenia kończyn dolnych

243. Zaburzenia funkcji obwodowych naczyń krwionośnych, w zależności od długości i nasilenia obrzęków, dolegliwości bólowych, chromania kończyn w związku z wykonywaniem prac różnej ciężkości, osłabienia tętna	1-15
244. Algodystrofia współczulna (zespół Sudecka) – ocena według punktów dotyczących zajętego odcinka kończyny i dodatkowo wg pkt 243, 245	

Układ nerwowy kończyn dolnych

Poniżej zostały podane maksymalne wartości uszczerbku, występujące przy porażeniu odpowiednich nerwów (braku funkcji) na skutek urazów i po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia. W przypadku niecałkowitej utraty funkcji nerwu uszczerbek musi być proporcjonalnie obniżony, w zależności od zachowanej funkcji.

245. Zaburzenia pourazowe funkcji nerwów kończyn dolnych. Ocena od 1% do wartości maksymalnych określonych w tabeli poniżej:

Nerw	Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części czuciowej nerwu	Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części ruchowej nerwu	Maksymalny uszczerbek przy całkowitym uszkodzeniu nerwu
A. Udowy	5	20	25
B. Zastonowy	0	10	10
C. Pośladkowy górny	0	15	15
D. Pośladkowy dolny	0	20	20
E. Skórny boczny uda	2	0	2
F. Nerw kulszowy – pień przed podziałem	8	47	55
G. Piszczelowy	4	26	30
H. Strzałkowy	4	16	20

Zakresy ruchomości

Kręgosłup

- test Schobera 10-11 cm (od C 7 do S 1), w tym:
 - odcinek piersiowy 2-3 cm
 - odcinek lędźwiowy 7-8 cm

Odcinek szyjny

- zgięcie 50° (zgięcie i wyprost 40% funkcji)
- wyprost 60°
- przechylenie na boki po 45° (25% funkcji)
- ruchy obrotowe po 80° (35% funkcji)

Odcinek piersiowy

- zgięcie 50° (60% funkcji)
- ruchy obrotowe po 30° (40% funkcji)

Odcinek lędźwiowy

- zgięcie 60° (zgięcie i wyprost 75% funkcji)
- wyprost 25°
- pochylenie na boki po 25° (25% funkcji)

Kończyny górne

Staw barkowy

- zgięcie 0-180° (40% funkcji)
- wyprost 0-60° (10% funkcji)
- odwodzenie 0-90° (odwodzenie i unoszenie 20% funkcji)
- unoszenie 90-180° (według niektórych odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°)
- przywodzenie 0-50° (10% funkcji)
- rotacja zewnętrzna 0-70° (10% funkcji)
- rotacja wewnętrzna 0-100° (10% funkcji)
(pozycja funkcjonalna 20-40° zgięcia, 20-50° odwiedzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)

Staw łokciowy

- zakres ruchu 0° (pełny wyprost, według niektórych to jest 180°) do 140° (pełne zgięcie, według niektórych to jest 40°) – zgięcie i wyprost 60% funkcji (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia)

Przedramię

- nawracanie 0-80°
- odwracanie 0-80°
- (pozycja funkcjonalna 20° nawrócenia) – to wszystko 40% funkcji

Nadgarstek

- zgięcie dłoniowe 60° (czynnie), 80° (biernie)
- zgięcie grzbietowe 60° (czynnie), 80° (biernie) – zgięcie dłoniowe i grzbietowe łącznie stanowi 70% funkcji
- odchylenie promieniowe 20°
- odchylenie łokciowe 30° – odchylenia 30% funkcji
- (pozycja funkcjonalna od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego)

Ręka**Kciuk**

- staw śródrečno-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – 10% funkcji
- staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – 15% funkcji
- odwodzenie 0-50° – 10% funkcji
- przywodzenie (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawu śródrečno-paliczkowego palca 5 wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchu 0 cm, brak ruchu 8 cm – 20% funkcji
- opozycja (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka a kresą zgięciową stawów śródrečno-paliczkowych, na wysokości 3 stawu śródrečno-paliczkowego wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchów 8 cm, brak ruchu 0 cm – 45% funkcji

Palce 2-5

- staw śródrečno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

Kończyny dolne**Staw biodrowy**

- zgięcie 0-120°
- wyprost 0-20°
- odwodzenie 0-50°
- przywodzenie 0-40°
- obracanie na zewnątrz 0-45°
- obracanie do wewnątrz 0-50°

Kolano

- zgięcie 0° (pełny wyprost) do 120-140° – pełne zgięcie (według niektórych 180° – pełny wyprost do 60-40° – pełne zgięcie)

Staw skokowy

- zgięcie grzbietowe 0-20°
- zgięcie podeszwowe 0-40/50° (zgięcia 80% funkcji)
- nawracanie 0-10°
- odwracanie 0-40° (ruchy obrotowe 15% funkcji)
- przywodzenie 0-10°
- odwodzenie 0-10° (razem 5% funkcji)
- (pięta w fizjologicznym ustawieniu koślawym 5°)

Palce stopy

- zgięcie 0-około 40° (czynnie), do około 60° (biernie)
- wyprost 0-około 45° (czynnie), do około 80° (biernie)

Skala Lovett'a

- 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
- 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej
- 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

Skala Ashworth'a

- 1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
- 2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
- 3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
- 4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
- 5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

Warszawa, 1 stycznia 2016 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa

Załącznik nr 3

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru

Rodzaj uszczerbku	% trwałego uszczerbku
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1° wg skali Lovett'a	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2/3° wg skali Lovett'a	60-80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3/4° wg skali Lovett'a	40-60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych 4° lub 4/5° wg skali Lovett'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	10-40
e) porażenie kończyny górnej 0-1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3-4° wg skali Lovett'a: – prawej – lewej	70-90 60-80
f) niedowład kończyny górnej 3-4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 01° wg skali Lovett'a: – prawej – lewej	70-90 60-80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0-1° wg skali Lovett'a: – prawej – lewej	40-60 30-40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2° – 2/3° wg skali Lovett'a: – prawej – lewej	30-50 20-30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3-4° wg skali Lovett'a: – prawej – lewej	10-30 5-20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0-1° wg skali Lovett'a	40-50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 2-2/3° wg skali Lovett'a	20-40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3-3/4° wg skali Lovett'a	15-20
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 4-4/5° wg skali Lovett'a	5-15
Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg punktu 6, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.	
W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 5.	
W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg punktu 1 g oddzielnie dla każdej kończyny.	
Skala Lovett'a	
0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej	
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej	
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej	
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej	
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej	
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej	
2. Zespoły pozapiramidowe	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40-80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-30
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50-80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10-40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10
4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	40-60
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-40
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu).	
W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 5.	
5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80-100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50-80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	30-50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10-30

Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

6. Zaburzenia mowy

a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym lub umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20-40
d) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10-20

7. Uszkodzenie serca lub osierdzia

wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5-10
I klasa NYHA, EF 50% – 55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10-15
II klasa NYHA, EF 45% – 55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	15-35
III klasa NYHA, EF 35% – 45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	35-55
IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	55-90

Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:

Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:

Fracja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:

MET-y (MET równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

Warszawa, dnia 1 stycznia 2016 r.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa