

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	4
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym	6
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA OPTIMA o symbolu BRP-0117	18
Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA OPTIMA o symbolu BRP-0117	19
§ 1. Postanowienia ogólne	19
§ 2. Definicje	19
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa	20
§ 4. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	21
§ 5. Ochrona tymczasowa	21
§ 6. Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	22
§ 7. Zasady wskazania Uposażonego	24
§ 8. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki regularnej	25
§ 9. Zasady opłacania Składki regularnej	25
§ 10. Skutki niezapłacenia Składki regularnej	25
§ 11. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	26
§ 12. Zmiany zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości Składki regularnej i sumy ubezpieczenia oraz obejmowanie ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia kolejnych Ubezpieczonych	26
§ 13. Indeksacja Składki regularnej i sum ubezpieczenia	28
§ 14. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	28
§ 15. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	29
§ 16. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	29
§ 17. Wypłata Świadczeń	29
§ 18. Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej	30
§ 19. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	31
§ 20. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie Reklamacji przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej)	31
§ 21. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	32
§ 22. Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	33
§ 23. Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w OWU	33
§ 24. Wartość Stopy technicznej	33
§ 25. Data wejścia w życie OWU	33



Aneks nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA OPTIMA o symbolu BRP-0117	34
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA OPTIMA o symbolu BRP-0117	36
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0217	37
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0217	38
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0317	41
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0317	42
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0417	45
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0417	46
Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0417	49
Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0417	50
Aneks nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0417	66
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-0517	67
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-0517	68
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0617	77
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0617	78
Aneks nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0617	81
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0717	82
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0717	83
Aneks nr 1 do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek leczenia nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0717	86
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0817	87
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0817	88
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0917	92
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0917	93



Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-1017	97
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-1017	98
Załącznik nr I do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-1017	102
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek o symbolu BRP-1117	112
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek o symbolu BRP-1117	113
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-1217	116
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-1217	117
Załącznik nr I do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-1217	120



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane

innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Ubezpieczenie indywidualne terminowe na życie Gwarancja Ochrona Optima

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo (Ubezpieczyciel): **Compensa TU na Życie S.A.**
Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: **Gwarancja Ochrona Optima OWU BRP-0117**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w ogólnych warunkach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona Optima zatwierdzonych Uchwałą Nr 7/04/2017 Zarządu Towarzystwa z dnia 18 kwietnia 2017 roku (zwane dalej OWU) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dział I, grupa ustawowa I i 5. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony. W ramach jednej Umowy ubezpieczenia istnieje możliwość objęcia ochroną ubezpieczeniową Dziecka, Współmałżonka, Partnera. Ubezpieczenie dostępne jest w dwóch wariantach: ze stałą sumą ubezpieczenia oraz z malejącą sumą ubezpieczenia. Wybranego wariantu ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego nie można zmienić w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- W okresie ochrony tymczasowej (okres pomiędzy złożeniem kompletnego wniosku i opłaceniem składki a rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej albo odrzuceniem wniosku/rezygnacją z zawarcia Umowy ubezpieczenia):

Przedmiot ubezpieczenia	życie Ubezpieczonego
Zdarzenie ubezpieczeniowe (objęte ochroną ubezpieczeniową)	śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

Pełne informacje odnośnie ochrony tymczasowej zawarte są w § 5 OWU.

- W okresie pełnej odpowiedzialności Towarzystwa:

Przedmiot ubezpieczenia	życie Ubezpieczonego	zdrowie Ubezpieczonego
Zdarzenie ubezpieczeniowe (objęte ochroną ubezpieczeniową)	śmierć	Choroba śmiertelna

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć tego Ubezpieczonego nastąpiła na skutek:

- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- popętnienia lub usiłowania popętnienia przez tego Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
- samobójstwa tego Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 6 ust. 8 OWU oraz w § 11 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną Składkę regularną,
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- do niezwłocznego przekazywania każdemu z Ubezpieczonych wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo.

Ubezpieczający ma prawo:

- złożyć wniosek o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego (Dziecko, Współmałżonek, Partner),
- odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego,
- zmienić zakres odpowiedzialności Towarzystwa:
 - a) dodać do zakresu ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczenia dodatkowe na wypadek:
 - śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-0217),
 - śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (OWDU BRP-0317),
 - Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-0417),
 - Poważnego zachorowania (OWDU BRP-0517),
 - Nowotworu złośliwego (OWDU BRP-0617),
 - Leczenia Nowotworu złośliwego (OWDU BRP-0717),
 - Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-0817),
 - Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby (OWDU BRP-0917),
 - Operacji chirurgicznej (OWDU BRP-1017),
 - śmierci Ubezpieczającego z przejściem opłacania składki (OWDU BRP-1117),
 - Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty (OWDU BRP-1217),
 - Szczegółowe warunki Ubezpieczeń dodatkowych, w tym przedmiot ubezpieczenia, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasady wypłaty Świadczeń, zawarte zostały w odpowiednich OWDU.
 - b) usunąć z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonych Ubezpieczeń dodatkowych,
 - zawnioskować o podwyższenie sumy ubezpieczenia / Składki regularnej (w przypadku wariantu ubezpieczenia ze stałą sumą ubezpieczenia podwyższenie może dotyczyć Ubezpieczenia podstawowego i/lub Ubezpieczeń dodatkowych, w przypadku wariantu ubezpieczenia z malejącą sumą ubezpieczenia podwyższenie może dotyczyć tylko Ubezpieczeń dodatkowych),
 - złożyć wniosek o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego

Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia, w każdą Rocznicę ubezpieczenia,

- złożyć wniosek dotyczący rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego,
- odmówić przyjęcia corocznej indeksacji Składki regularnej i sum ubezpieczenia,
- odstąpić od Umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony zobowiązany jest:

- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Uposażonego, a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Uposażonego, a także zmienić udziały poszczególnych Uposażonych w kwocie Świadczenia,
- złożyć oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka regularna płatna jest z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, w terminie:

- 1) przed Dniem początku odpowiedzialności – w przypadku pierwszej należnej Składki regularnej,
 - 2) najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który jest należna dana Składka regularna – w przypadku drugiej i kolejnych Składek regularnych.
- Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania składek.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- 1) dniu odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,
- 2) dniu, w którym wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
- 3) dniu, w którym upływa ostatni dzień okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta – w związku z upływem najdłuższego Okresu ubezpieczenia Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia,
- 4) z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres (w sytuacji, w której upłynął termin zapłaty Składki regularnej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo),
- 5) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci ostatniego Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może pisemnie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy).

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIACH DODATKOWYCH DO INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GWARANCJA OCHRONA OPTIMA BRP-0117

Poniżej przedstawiamy podstawowe informacje dotyczące Ubezpieczeń dodatkowych, umożliwiających rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia Gwarancja Ochrona

Optima – ich przedmiocie i zakresie ubezpieczenia, zasadach wypłaty Świadczeń oraz istotnych ograniczeniach odpowiedzialności Towarzystwa.

Pełne informacje dotyczące danego Ubezpieczenia dodatkowego znajdują się w ogólnych warunkach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia (zwanych dalej OWDU) oraz w Polisie potwierdzającej zawarcie danej umowy Ubezpieczenia dodatkowego i jej warunki.

W przypadku zawarcia umowy Ubezpieczenia dodatkowego, z tytułu świadczonej ochrony należąca jest Składka ochronna dobrowolna.

Składka ochronna dobrowolna uwzględniona jest kwocie Składki regularnej należnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, która jest płatna na zasadach określonych w OWU, z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie.

Kto może być objęty ochroną ubezpieczeniową?

W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia będzie objęta więcej niż jedna osoba, Ubezpieczonym w ramach Ubezpieczenia dodatkowego może być także Dziecko oraz Współmałżonek albo Partner Ubezpieczającego (będącego jednocześnie Ubezpieczonym), zgodnie z definicjami wskazanymi w § 2 OWU, o ile osoby te spełniają warunki objęcia ich ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Ubezpieczenia dodatkowego wskazane w odpowiednim OWDU (minimalny i maksymalny wiek wstępu).

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (OWDU BRP-0217)

Co jest przedmiotem dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma ubezpieczenia dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem Ubezpieczonego popełnionym w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Dnia początku odpowiedzialności albo w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Rocznicę ubezpieczenia, w której nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,
- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 7) w przeddzień Rocznicę ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia,
- 8) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (OWDU BRP-0317)

Co jest przedmiotem dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma ubezpieczenia dodatkowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli Wypadek komunikacyjny zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem Ubezpieczonego popełnionym w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Dnia początku odpowiedzialności albo w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Rocznicę ubezpieczenia, w której nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,
- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego, bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego (zwanego dalej Pojazdem), chyba że prowadzenie przez Ubezpieczonego danego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego (zwanego dalej Pojazdem), który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badania techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu, chyba że brak aktualnego badania technicznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia

podstawowego,

2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,

4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,

5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia,

8) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (OWDU BRP-0417)

Co jest przedmiotem dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie w Okresie ubezpieczenia dodatkowego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u Ubezpieczonego trwałe, nieodwracalne i nie rokuszące, z punktu widzenia wiedzy medycznej, poprawy, uszkodzenie organu, narządu lub układu, spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwałe upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej odpowiedni Załącznik do OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczenie jest należne, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) Trały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajęcia Nieszczęśliwego wypadku.

W przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie.

Wysokość Świadczenia oblicza się mnożąc:

1) sumę ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualną na dzień zajęcia Nieszczęśliwego wypadku, oraz

2) procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu, tj. stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z odpowiednią tabelą oceny procentowej

Trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik do OWDU.

Towarzystwo wypłaci Świadczenie, gdy wartość procentowa Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wyniesie nie mniej niż 5%.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę,
- usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym, za wyjątkiem przypadków gdy miały one na celu usunięcie następstw Nieszczęśliwych wypadków, zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,
- leczeniem lub zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku.
- atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,

Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

- 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia,
- 8) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,
- 9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (OWDU BRP-0517)

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego Poważnego zachorowania:

- 33 stany chorobowe dla Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia Poważnego zachorowania ukończył 18 lat: Bakteryjne zapalenie mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych, Choroba Alzheimera, Choroba Creutzfeldta-Jakoba, Choroba Leśniowskiego-Crohna, Choroba Parkinsona, Choroba neuronu ruchowego, Ciężkie oparzenia, Ciężka Sepsa, Dystrofia mięśniowa, Gruźlica, Łagodny nowotwór mózgu, Niedokrwiłość aplastyczna, Niewydolność nerek, Operacja aorty, Operacja mózgu, Operacja wszczepienia zastawki serca, Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego, Postępujące porażenie nadjądrowe, Postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona), Przeszczep narządu, Schyłkowa niewydolność wątroby, Schyłkowa niewydolność oddechowa, Stwardnienie rozsiane, Śpiączka, Tęzec, Udar mózgu, Utrata kończyny, Utrata mowy, Utrata słuchu, Utrata wzroku, Wirusowe zapalenie mózgu, Zakażenie wirusem HIV, Zawał serca,
- 11 stanów chorobowych dla Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia Poważnego zachorowania ukończył 3 miesiące i nie ukończył 18 roku życia: Ciężkie oparzenia, Ciężka Sepsa, Cukrzyca typu I, Dystrofia mięśniowa, Łagodny nowotwór mózgu, Niewydolność nerek, Przeszczep narządu, Schyłkowa niewydolność wątroby, Śpiączka, Zapalenie mózgu, Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Definicje poszczególnych Poważnych zachorowań wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, jeżeli Poważne zachorowanie:

- miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,
- było skutkiem Choroby, która:
 - a) została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,
 - b) wystąpiła w okresie 6 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres 5 lat.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej.
- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres dłuższy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego.
- Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej należnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte lub przedłużone,
- 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia,
- 9) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia,
- 10) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO (OWDU BRP-0617)

Co jest przedmiotem dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Nowotworu złośliwego?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego Nowotworu złośliwego.

Nowotwór złośliwy - Choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki.

Diagnoza Nowotworu złośliwego musi być potwierdzona dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

Pełna definicja Nowotworu złośliwego wskazana jest w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Nowotworu złośliwego.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego, jeżeli Nowotwór złośliwy został zdiagnozowany lub był leczony w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego albo w okresie 6 miesięcy od tego dnia.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres 5 lat.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres dłuższy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego.

- Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej należnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte lub przedłużone,
- 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia,
- 9) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia,
- 10) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK LECZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO (OWDU BRP-0717)

Co jest przedmiotem dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Leczenia Nowotworu złośliwego?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Leczenie Nowotworu złośliwego Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

Leczenie Nowotworu złośliwego - zastosowanie po raz pierwszy w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego wobec Ubezpieczonego którejkolwiek z metod leczenia:

a) Chemioterapii,

b) Radioterapii,

c) Operacji onkologicznej

pod warunkiem, że ich zastosowanie wystąpiło po upływie 6 miesięcy od dnia początku Okresu ubezpieczenia dodatkowego.

Pełna definicja Leczenia Nowotworu złośliwego wskazana jest w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy dzień Leczenia Nowotworu złośliwego, o ile Leczenie Nowotworu złośliwego zostało przeprowadzone w Szpitalu.

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby zastosowanych Leczeń Nowotworu złośliwego w ramach tego samego Leczenia Nowotworu złośliwego w tym samym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zastosowania u Ubezpieczonego Leczenia Nowotworu złośliwego, jeżeli:

- Leczenie Nowotworu złośliwego nie miało miejsca w Szpitalu,
- Leczenie Nowotworu złośliwego rozpoczęło się w ciągu pierwszych 6 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

- W przypadku jednoczesnego zastosowania w tym samym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego Leczenia Nowotworu złośliwego w postaci Radioterapii lub Operacji onkologicznej lub Chemioterapii, Towarzystwo wypłaci tylko jedno Świadczenie.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres 5 lat.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres dłuższy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego.

- Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej należnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny 5-letni Okres

ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte lub przedłużone,
- 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia,
- 9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (OWDU BRP-0817)

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

Pełne definicje Szpitala, Pobytu w Szpitalu, Dnia Pobytu w Szpitalu wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

W przypadku Pobytu w Szpitalu w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie, którego wysokość oblicza się jako iloczyn:

- 1) kwoty Zasiłku dziennego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, i
- 2) udokumentowanej liczby Dni Pobytu w Szpitalu.

Świadczenie wypłacane jest, jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 2) Pobyt w Szpitalu rozpoczął się i miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia

dodatkowego,

3) hospitalizacja Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie co najmniej 1 Dzień Pobytu w Szpitalu,

4) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Pobylem w Szpitalu.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,
- nosicielstwem wirusa HIV i leczeniem wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
- rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
- leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
- leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia dodatkowego
- pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,

- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 Dni Pobytu w Szpitalu na tym oddziale, w każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, przy czym:
 - odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 Dni Pobytu w Szpitalu.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia,
- 8) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (OWDU BRP-0917)

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

Pełne definicje Szpitala, Pobytu w Szpitalu, Dnia Pobytu w Szpitalu wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

W przypadku Pobytu w Szpitalu w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie, którego wysokość oblicza się jako iloczyn:

- 1) kwoty Zasiłku dziennego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, i
- 2) udokumentowanej liczby Dni Pobytu w Szpitalu.

Świadczenie wypłacane jest, jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki:

- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej jeden Dzień Pobytu w Szpitalu (dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala musi być dniem następującym po dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala). Każdy kolejny rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny),
- 4) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Pobylem w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- 5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 12 miesięcy od zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie Ubezpieczenia dodatkowego,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej dwa Dni Pobytu w Szpitalu (każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny),

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub

leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,

- atakiem konwulsji, drgawkę, padaczkę, omdleniem lub utratą przytomności,
- nosicielstwem wirusa HIV i leczeniem wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,

- rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,

- leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,

- leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,

- leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,

- leczeniem następstw skażenia jonizującego,

- wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

- zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia dodatkowego

- pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,

- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,

- prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

- leczeniem lub zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba, że chodziło o zlecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku.

- Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno ze Świadczeń:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, albo

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby.

- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 Dni Pobytu w Szpitalu na tym oddziale, w każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, przy czym:

- odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 Dni Pobytu w Szpitalu każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres 5 lat.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres dłuższy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła

oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużeniu Ubezpieczenia dodatkowego.

- Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej należnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte lub przedłużone,

3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,

5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,

9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (OWDU BRP-1017)

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznej?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Operacja chirurgiczna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

Operacja chirurgiczna – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, stanowiącej Załącznik do OWDU, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Ubezpieczonym, przez uprawnionego do tego na podstawie przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym Szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium Szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego i miał na celu leczenie skutków Choroby lub następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością Hospitalizacji.

Pełne definicje Operacji Chirurgicznej, Szpitala, Hospitalizacji wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i świadczenie:

W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych, która stanowi Załącznik do OWDU, stanowiącej odpowiednią część sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego miała miejsce w następstwie lub w związku z:

- uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,
 - wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
 - leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
 - leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - leczeniem lub operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,
 - leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych, mających miejsce w tym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego.
 - Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Operacji w następstwie Choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana

jest w § 5 oraz w § 6 ust. 4 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres 5 lat.

- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej.
- W przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres dłuższy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużeniu Ubezpieczenia dodatkowego.
- Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej należnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny 5-letni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte lub przedłużone,
- 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
- 7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,
- 9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO Z PRZEJĘCIEM OPŁACANIA SKŁADEK (OWDU BRP-III7)

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek?

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczającego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

Suma ubezpieczenia i świadczenie:

W przypadku śmierci Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo przejmie opłacanie Składek regularnych należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia, poczynając od Dnia przejęcia opłacania Składek regularnych, do końca Okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej (a jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony – do końca najdłuższego Okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej), nie dłużej jednak niż na okres 10 lat od Dnia przejęcia opłacania Składek regularnych.

Okres przejęcia opłacania Składek regularnych – okres rozpoczynający się w Dniu przejęcia opłacania Składek regularnych, w którym Towarzystwo opłaca Składkę regularną należną z tytułu Umowy ubezpieczenia trwający

maksymalnie 10 lat począwszy od Dnia przejścia opłacania Składek regularnych.

Pełne definicje Przejścia opłacania Składek regularnych, Dnia przejścia opłacania Składek regularnych wskazane są w § 2 OWDU.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczającego, jeżeli śmierć Ubezpieczającego zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczającego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczającego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem Ubezpieczającego popełnionym w okresie pierwszych 2 lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- Chorobą, która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia, zastosowania leków w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,
- obrażeniami ciała powstałymi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,
- Pozostawianiem przez Ubezpieczającego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
- prowadzeniem przez Ubezpieczającego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczającego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego,
- prowadzeniem przez Ubezpieczającego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

- 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia dodatkowego,
- 2) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
- 3) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,
- 4) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
- 5) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczający kończy 67 rok życia,
- 6) w dniu śmierci Ubezpieczającego,
- 7) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY (OWDU BRP-1217)

Co jest przedmiotem dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: wystąpienie w Okresie ubezpieczenia dodatkowego Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia i świadczenie:

W przypadku Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo będzie wypłacało Ubezpieczonemu przez cały czas pozostały do zakończenia Okresu ubezpieczenia, nie dłużej niż do śmierci Ubezpieczonego, miesięczną rentę w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Ciężka trwała utrata zdrowia – Trwała utrata zdrowia, jeżeli stwierdzona przez Towarzystwo wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wynosi co najmniej 60%.

Trwała utrata zdrowia – zdarzenie medyczne będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, stanowiącej Załącznik do OWDU.

Pełne definicje Ciężkiej trwałej utraty zdrowia, Trwałej utraty zdrowia wskazane są w § 2 OWDU.

Świadczenie jest należne, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 2) Ciężka trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) Ciężka trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
- zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez

Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

- Pozostawaniem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa nie później niż:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego,

4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania składek regularnych,

5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia,

8) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia w przypadku uznania roszczenia o Świadczenie, przy czym za uznanie roszczenia uznaje się również zawarcie ugody z uprawnionym oraz prawomocne orzeczenie sądu,

9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
GWARANCJA OCHRONA OPTIMA
BRP-0117**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 5 ust. 1 i 4, § 14, § 17, § 18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 6 ust. 8, § 11



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GWARANCJA OCHRONA OPTIMA BRP-0117

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona Optima o symbolu BRP-0117 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

§ 2. DEFINICJE

Terminy oraz nazwy użyte w OWU, Polisie oraz innych dołączonych dokumentach oznaczają:

1. Ubezpieczony – osoba fizyczna, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończony 18 rok życia oraz nie więcej niż 70 lat (a w przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia będzie objęta więcej niż jedna osoba – osoba fizyczna:

1) będąca Dzieckiem, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku złożenia wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia – w dacie złożenia tego wniosku) ukończone 3 miesiące życia oraz nie więcej niż 17 lat,

2) będąca Ubezpieczającym albo Współmałżonkiem albo Partnerem, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku złożenia wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia – w dacie złożenia tego wniosku) ukończony 18 rok życia oraz nie więcej niż 70 lat),

której życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego; życie lub zdrowie Ubezpieczonego może być ponadto przedmiotem Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków dodatkowych indywidualnych ubezpieczeń (zwanym dalej OWDU).

2. Ubezpieczający – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki regularnej w Okresie ubezpieczenia.

3. Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wskazany osobno przez każdego z Ubezpieczonych, objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia, jako uprawniony do Świadczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego.

4. Agent ubezpieczeniowy (Agent) – przedsiębiorca, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

5. Akt terroryzmu – planowane i zorganizowane działanie pojedynczych osób lub grup osób skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu zastraszenia bądź wymuszenia określonych zachowań lub świadczeń od społeczeństwa lub władz państwowych, naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.

6. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez tego Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa powyżej, muszą być ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej

z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej tego Ubezpieczonego lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej tego Ubezpieczonego. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej danego Ubezpieczonego uważa się dzień postawienia diagnozy i rokowań w stosunku do tego Ubezpieczonego, o których mowa w zdaniu pierwszym.

7. Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

8. Dziecko – dziecko własne albo przysposobione albo pasierb (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) Ubezpieczającego albo Współmałżonka albo Partnera, mające w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową Dziecka w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) ukończone 3 miesiące życia i nie ukończony 17 rok życia.

9. Dzień początku odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego; Dzień początku odpowiedzialności jest zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego.

10. Dzień wymagalności Składki regularnej – pierwszy dzień okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

11. Dzień zapłaty Składki regularnej – dzień, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa uznano Składkę regularną zapłaconą w pełnej wysokości.

12. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

13. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU, liczony od dnia potwierdzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego z tytułu Umowy ubezpieczenia.

14. Okres ubezpieczenia dodatkowego – okres obejmowania danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU, liczony od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w stosunku do danego Ubezpieczonego albo od Roczniczy ubezpieczenia, na którą rozszerzono w stosunku do danego Ubezpieczonego zakres odpowiedzialności Towarzystwa o zakres Ubezpieczenia dodatkowego, do wcześniejszego z dni:

1) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU,



2) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w stosunku do danego Ubezpieczonego,

3) ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.

W Okresie ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek ochronnych dobrowolnych za wybrane przez siebie Ubezpieczenia dodatkowe.

15. Partner – wskazana imiennie we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową Partnera w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) przez Ubezpieczającego niepozostającego w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona, niespowinowacona, niepozostająca w stosunku przysposobienia z Ubezpieczającym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową Partnera w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) ukończony 18 rok życia oraz nie więcej niż 70 lat.

16. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia; ilekroć w OWU jest mowa o wersji Polisy rozumie się przez to dokument wystawiony przez Towarzystwo dla potwierdzenia zmiany warunków tej samej Umowy ubezpieczenia, której zawarcie i warunki potwierdza Polisa.

17. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³. W rozumieniu OWU i odpowiednich OWDU uważa się, że Ubezpieczony Pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tę osobę.

18. Reklamacja – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez będącego osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

19. Rocznicą ubezpieczenia – rocznicą Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie w stosunku do danego Ubezpieczonego.

20. Rok (Lata) ubezpieczenia – 12-miesięczny okres (okresy) liczony od Dnia początku odpowiedzialności i odpowiednio od kolejnych Rocznic ubezpieczenia.

21. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 21 ust. 15 OWU, ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu lub złożeniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

22. Składka regularna – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne, według

potwierzeń w Polisie, opłacana przez Ubezpieczającego na jeden rachunek bankowy Towarzystwa za wszystkich potwierdzonych w Polisie Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia, obejmująca:

1) Składkę podstawową – kwotę należną za wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, oraz

2) Składkę ochronną dobrowolną – kwotę należną za wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, która służy pokryciu kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje oprócz Ubezpieczenia podstawowego również Ubezpieczenia dodatkowe.

23. Stopa techniczna – stopa oprocentowania stosowana przy obliczaniu Składki regularnej. Wartość Stopy technicznej została określona w § 24 OWU.

24. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

25. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU jest życie i zdrowie danego Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego.

26. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie każdego z Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia.

27. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe oraz – o ile Ubezpieczający zwróci się do Towarzystwa o rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa – Ubezpieczenia dodatkowe zawarte na podstawie odpowiednich OWDU.

28. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

29. Wiek – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia danego Ubezpieczonego.

30. Współmałżonek – osoba pozostająca z Ubezpieczającym w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową Współmałżonka w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia ukończony 18 rok życia oraz nie więcej niż 70 lat.

31. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę Świadczenia.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

I. Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie i zdrowie każdego z Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia.



2. Na wniosek Ubezpieczającego – złożony we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia albo w Rocznicę ubezpieczenia we wniosku o zmianę Umowy ubezpieczenia – zakres Ubezpieczenia podstawowego może być rozszerzony w stosunku do każdego Ubezpieczonego obejmowanego lub objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia, za zgodą Towarzystwa, o Ubezpieczenia dodatkowe na podstawie i na warunkach określonych w odpowiednich OWDU.

3. Zakres Ubezpieczenia podstawowego obejmuje:

1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
2) wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 11 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez tego Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami w tym § 7 ust. 8 OWU określonymi, oraz na zasadach określonych w § 17 OWU, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci danego Ubezpieczonego, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci tego Ubezpieczonego.

5. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci temu Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci tego Ubezpieczonego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień wystąpienia u tego Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, nie wyższe jednak niż 300 000 PLN (słownie: trzysta tysięcy złotych). Świadczenie to jest należne, o ile w dacie jego wypłaty ten Ubezpieczony żyje.

6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5 powyżej, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z Ubezpieczenia podstawowego z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego, co oznacza, że pomniejsza ono kwotę Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego.

§ 4. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności:

1) nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – nie wcześniej niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej wskazanej we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w nowej wysokości, uwzględniającej objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego), albo

2) w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – kolejnej wersji Polisy) zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) w zakresie wysokości Składki regularnej – po upływie terminu

na zgłoszenie sprzeciwu wobec wprowadzonych zmian, wyznaczonego przez Towarzystwo w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 16 OWU, w wysokości określonej w doręczonej Polisie (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – kolejnej wersji Polisy).

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu śmierci danego Ubezpieczonego,
2) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres, w sytuacji określonej w § 10 ust. 2 OWU,
3) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego potwierdzonego w Polisie,
4) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa:

a) pisemnego oświadczenia danego Ubezpieczonego, o którym mowa w § 12 ust. 9 OWU, albo

b) pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego, o którym mowa w § 12 ust. 10 OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu śmierci danego Ubezpieczonego,
2) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU.

§ 5. OCHRONA TYMCZASOWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu ochrony tymczasowej polega na obowiązku wypłaty Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez tego Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 8 OWU zgodnie z zasadami w tym § 7 ust. 8 OWU określonymi, oraz na zasadach określonych w § 17 OWU, Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci tego Ubezpieczonego wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia), nie wyższego jednak niż 100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), w przypadku śmierci tego Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej. Warunkiem wypłaty Świadczenia jest zajście Nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną śmierci tego Ubezpieczonego w okresie ochrony tymczasowej oraz istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią tego Ubezpieczonego a Nieszczęśliwym wypadkiem.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu ochrony tymczasowej rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosek o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia),

2) została zapłacona pierwsza Składka regularna w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku



obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – została zapłacona Składka regularna wskazana we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w nowej wysokości, uwzględniającej objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego),

3) nie rozpoczął się jeszcze Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu ochrony tymczasowej kończy się we wcześniejszym z dni:

1) w dniu poprzedzającym Dzień początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego,

2) w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia lub odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego,

3) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o wycofaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) lub odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia lub odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia,

4) w dniu zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w § 6 ust. 16 OWU,

5) w dniu śmierci danego Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności tego Ubezpieczonego,

6) w 90-tym dniu, licząc od dnia zapłaty pierwszej Składki regularnej (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – od dnia zapłaty Składki regularnej wskazanej we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w nowej wysokości, uwzględniającej objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego).

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej Towarzystwo oprócz spełnienia Świadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu tę część zapłaconej Składki regularnej, która była należna z tytułu Ubezpieczenia podstawowego oraz Ubezpieczeń dodatkowych za danego Ubezpieczonego.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony.

2. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia może być objęty wyłącznie jeden Współmałżonek albo jeden Partner, z zastrzeżeniem § 12 ust. 8 OWU.

3. Dziecko może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony został wskazany i wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, oprócz Dziecka, również: Ubezpieczający lub Współmałżonek albo Partner.

4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i każdego z Ubezpieczonych wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa (objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – odbywa się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i każdego z Ubezpieczonych wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia). Podpisy umieszczone na wniosku o zawarcie

Umowy ubezpieczenia oraz wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia stanowią wzorce podpisów.

We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) Ubezpieczający wskazuje:

1) długość Okresu ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego wskazanego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia),

2) wysokość Składki regularnej (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wysokość Składki regularnej przed objęciem ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego oraz wysokość Składki regularnej uwzględniającej objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego),

3) wariant ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego, który ma zastosowanie w stosunku do danego Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia. Ubezpieczający może wskazać jeden spośród następujących wariantów:

a) wariant ubezpieczenia ze stałą sumą ubezpieczenia,

b) wariant ubezpieczenia z malejącą sumą ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że wybór tego wariantu jest możliwy w przypadku, gdy Okres ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego wynosi co najmniej 5 lat,

4) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci dla każdego Ubezpieczonego,

5) zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych dla każdego Ubezpieczonego,

6) Dzień początku odpowiedzialności w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w danym wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – Dzień początku odpowiedzialności w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w tym wniosku), który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) do Siedziby Towarzystwa oraz nie może być wcześniejszy niż Dzień zapłaty pierwszej Składki regularnej (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – nie może być wcześniejszy niż Dzień zapłaty Składki regularnej wskazanej we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w nowej wysokości, uwzględniającej objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego).

5. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający przed podpisaniem wniosków, o których mowa w ust. 4 powyżej, przez każdego Ubezpieczonego zobowiązany jest doręczyć każdemu Ubezpieczonemu otrzymane od Towarzystwa OWU oraz OWDU, na podstawie których zawierana jest Umowa ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową



kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – na podstawie których dany Ubezpieczony jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową).

6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do:

1) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych oraz informacji o jego stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu, jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym w danej Umowie ubezpieczenia lub przedmiotem wybranego przez Ubezpieczającego Ubezpieczenia dodatkowego jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego,

2) każdego Ubezpieczonego o podanie informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych.

7. Ubezpieczający i każdy z Ubezpieczonych zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało odpowiednio:

1) w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach,

2) w formularzu wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia lub przed objęciem ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego, którego dotyczy wnioski o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w innych pismach (w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia).

Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia lub wnioskuje o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i ponadto obejmuje okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 4 i ust. 6 – 7 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 4 i ust. 6 – 7 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.

9. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego, w tym objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia, tj. zawarcia na rzecz tego Ubezpieczonego Ubezpieczenia podstawowego zgodnie z ust. 4 powyżej lub Ubezpieczenia dodatkowego dla danego Ubezpieczonego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego dla danego Ubezpieczonego podano wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba danego Ubezpieczonego, w tym Ubezpieczającego będącego jednocześnie Ubezpieczonym lub Ubezpieczającym, w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej został decyzją Ubezpieczającego rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe, których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego.

10. Towarzystwo może skierować każdego z Ubezpieczonych, w tym Ubezpieczającego, który będzie jednocześnie Ubezpieczonym, lub Ubezpieczającego, w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej został decyzją Ubezpieczającego rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe, których przedmiotem jest życie lub zdrowie

Ubezpieczającego, na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

11. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający i Towarzystwo, może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego).

12. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia lub odmowy objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną lub część wpłaconej Składki regularnej należnej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego oraz Ubezpieczeń dodatkowych za danego Ubezpieczonego, który miał zostać objęty ochroną ubezpieczeniową, a któremu Towarzystwo odmówiło objęcia ochroną ubezpieczeniową w terminie 30 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie odpowiednio: zawarcia Umowy ubezpieczenia, odmowie objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia.

13. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia lub odmowy objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie na piśmie Towarzystwo, a Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną lub część wpłaconej Składki regularnej należnej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego oraz Ubezpieczeń dodatkowych za danego Ubezpieczonego, który miał zostać objęty ochroną ubezpieczeniową, a któremu Ubezpieczający odmówił objęcia ochroną ubezpieczeniową w terminie 30 dni od daty otrzymania od Ubezpieczającego pisemnej informacji o odmowie odpowiednio: zawarcia Umowy ubezpieczenia, odmowie objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia.

14. Po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) akceptacji przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, która odbywa się w oparciu o: analizę złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, analizę informacji podanych zgodnie z ust. 6 – 7 powyżej oraz, o ile były zlecone, analizę wyników badań medycznych,

2) uznaniu na rachunku bankowym Towarzystwa pierwszej Składki regularnej zgodnej z wysokością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
– Towarzystwo wystawia Polisę.

15. W przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) akceptacji przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, która odbywa się w oparciu o: analizę złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia, analizę informacji podanych zgodnie z ust. 6 – 7 powyżej oraz, o ile były zlecone, analizę wyników badań medycznych,

2) uznaniu na rachunku bankowym Towarzystwa Składki regularnej w nowej wysokości, uwzględniającej objęcie ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego, zadeklarowaną we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia,

– Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy.



16. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosek o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia), Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu Polisy (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – kolejną wersję Polisy) zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia), Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – kolejnej wersji Polisy), wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony będzie objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z warunkami wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia dotyczącego tego Ubezpieczonego).

17. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – Umowę ubezpieczenia zawartą na rzecz danego Ubezpieczonego uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo kolejnej wersji Polisy), z zastrzeżeniem ust. 18 poniżej.

18. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 16 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z treścią kolejnej wersji Polisy) w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

19. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 16 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – Ubezpieczony ten nie zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową) i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zaptaną Składkę regularną lub część Składki regularnej pokrywającej koszt ochrony ubezpieczeniowej za Ubezpieczonego, który nie został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

20. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – objęcia ochroną ubezpieczeniową) albo odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – objęcia ochroną ubezpieczeniową) nie później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia

w Siedzibie Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia).

21. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, gdy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia będzie objęta więcej niż jedna osoba, w prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia może wystąpić w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony będący Współmałżonkiem albo Partnerem w tej Umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że Ubezpieczający wcześniej wyraził na to zgodę we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZASADY WSKAZANIA UPOSAŻONEGO

1. Każdy z Ubezpieczonych ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego.

2. Każdy z Ubezpieczonych powinien określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%.

3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania tego Ubezpieczonego.

4. Każdy z Ubezpieczonych może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, odwołaniu albo zmianie wskazania Uposażonego albo wyrażenie zgody na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej, wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a na dzień śmierci tego Ubezpieczonego wskazanie któregokolwiek Uposażonego stało się bezskuteczne, zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas przypadająca mu część Świadczenia, zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym w proporcji wynikającej ze wskazania tego Ubezpieczonego.

8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny tego Ubezpieczonego w następującej kolejności pierwszeństwa:

1) małżonek zmarłego,

2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

3) wnuki zmarłego,

4) rodzice zmarłego,

5) rodzeństwo zmarłego,

6) dzieci rodzeństwa zmarłego,

7) inni niż wskazani w pkt 1) – 6) powyżej spadkobiercy tego Ubezpieczonego.



Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

§ 8. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI REGULARNEJ

1. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia) wariant ubezpieczenia oraz wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci dla każdego Ubezpieczonego.

2. Wybranego wariantu ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego nie można zmienić w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.

3. Wysokość należnej Składki regularnej ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie w dniu wypełniania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia), w zależności od:

- 1) długości Okresu ubezpieczenia każdego Ubezpieczonego,
- 2) Wzrostu każdego Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa danego Ubezpieczonego,
- 3) częstotliwości opłacania Składek regularnych,
- 4) wariantu ubezpieczenia każdego Ubezpieczonego,
- 5) wysokości sum ubezpieczenia na wypadek śmierci dla każdego Ubezpieczonego,
- 6) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego każdego Ubezpieczonego przeprowadzonej przez Towarzystwo.

4. Długość Okresu ubezpieczenia każdego Ubezpieczonego, wariant ubezpieczenia każdego Ubezpieczonego oraz wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci każdego Ubezpieczonego oraz wysokość i częstotliwość opłacania należnej Składki regularnej potwierdza Polisa (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia – kolejna wersja Polisy).

5. W przypadku wariantu ubezpieczenia z malejącą sumą ubezpieczenia:
1) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci dla danego Ubezpieczonego ulega obniżeniu w każdą Rocznicę ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia o stałą kwotę wyliczoną zgodnie z poniższym wzorem:

kwota o którą obniżana jest w każdą Rocznicę ubezpieczenia suma ubezpieczenia na wypadek śmierci dla danego Ubezpieczonego = $80\% \times \text{suma ubezpieczenia na wypadek śmierci danego Ubezpieczonego}^* / (\text{Okres ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego wyrażony w Latach ubezpieczenia} - 1)$

*suma ubezpieczenia aktualna na dzień objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Obniżona w daną Rocznicę ubezpieczenia suma ubezpieczenia na wypadek śmierci dla danego Ubezpieczonego obowiązuje w danym, przypadającym od tej Rocznicy ubezpieczenia, na którą jest obniżana, Roku ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci dla danego Ubezpieczonego w ostatnim Roku ubezpieczenia stanowi 20% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci tego Ubezpieczonego obowiązującej na dzień objęcia

tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,

2) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci danego Ubezpieczonego w poszczególnych Latach ubezpieczenia potwierdzona jest w Polisie (a w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia w kolejnej wersji Polisy).

§ 9. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacania Składek regularnych, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej.

2. Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej w trybie, o którym mowa w § 21 OWU, w każdą Rocznicę ubezpieczenia, jeżeli opłacił wszystkie Składki regularne należne za okres poprzedzający Rocznicę ubezpieczenia, na którą zaproponował wprowadzenie tej zmiany.

3. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w dokumentach załączonych do Polisy numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający jest zobowiązany dokonywać wpłat kolejnych należnych Składek regularnych w Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty kolejnych Składek regularnych z góry, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

4. Dniem zapłaty Składki regularnej jest dzień, w którym kwota Składki regularnej została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

5. Pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – w wysokości wskazanej w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 6 ust. 16 OWU, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa, na numer rachunku bankowego wskazany w tymże wniosku.

6. W przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia, nowa Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia lub w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu kolejnej wersji Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – w wysokości wskazanej w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 6 ust. 16 OWU, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do tego Ubezpieczonego, na numer rachunku bankowego wskazany w Polisie.

7. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa w Okresie ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki regularnej za czas, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

8. Składka regularna musi być opłacana wyłącznie w walucie polskiej.

§ 10. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej w pełnej wysokości należnej za dany okres do Dnia wymagalności



Składki regularnej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki regularnej w terminie dodatkowym 2 miesięcy, licząc od Dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki regularnej, podając skutki niezapłacenia Składki regularnej w tym terminie.

2. Jeżeli Składka regularna nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, należnej za dany okres.

§ 11. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego, jeżeli śmierć tego Ubezpieczonego zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez tego Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwa tego Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia odpowiednio zawarcia Umowy ubezpieczenia, objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach zawartej już Umowy ubezpieczenia tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności tego Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 5 OWU, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed dniem, w którym łącznie zostały spełnione warunki, o których mowa w § 5 ust. 2 OWU lub zaszedł w następstwie, lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wskazanych w ust. 1 pkt 1) – 3) powyżej lub zaszedł w następstwie bądź nastąpił w związku z:

1) samookaleceniem, okaleczeniem tego Ubezpieczonego na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

2) zatruciem tego Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

3) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez tego Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału tego Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

4) Pozostawianiem przez tego Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia

ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy ten Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

5) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu tego Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u danego Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, jeżeli:

1) Choroba śmiertelna danego Ubezpieczonego powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed Dniem początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego,

2) Choroba śmiertelna danego Ubezpieczonego powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku ze zdiagnozowaniem u tego Ubezpieczonego zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażeniem się przez tego Ubezpieczonego wirusem HIV, niezależnie od tego czy diagnoza została postawiona lub zakażenie nastąpiło przed albo po Dniu początku odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego.

§ 12. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ I SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ OBEJMOWANIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH ZAWARTEJ JUŻ UMOWY UBEZPIECZENIA KOLEJNYCH UBEZPIECZONYCH

1. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo może zaproponować w Okresie ubezpieczenia zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego w trybie, o którym mowa w § 21 OWU. Zmiana zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego polegająca na:

1) dodaniu do zakresu ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczeń dodatkowych; może być dokonana w każdą Rocznicę ubezpieczenia i skutkuje:

a) rozszerzeniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej o zakres ryzyk znajdujących się w dodanym Ubezpieczeniu dodatkowym,

b) zwiększeniem wysokości Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej), o składkę za dodane Ubezpieczenie dodatkowe, z datą obowiązywania od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej,

2) usunięciu z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonych Ubezpieczeń dodatkowych może być dokonana w dowolnym momencie Okresu ubezpieczenia i skutkuje:

a) zmniejszeniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej o zakres ryzyk znajdujących się w usuniętym Ubezpieczeniu dodatkowym,

b) zmniejszeniem wysokości Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej) o składkę za usunięte Ubezpieczenie dodatkowe, z datą obowiązywania od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonane zostało zmniejszenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku opłacania Składki regularnej z częstotliwością kwartalną, półroczną lub roczną Towarzystwo zwraca, jeżeli jest należna, odpowiednią część Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej) za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.



2. Ubezpieczający może zaproponować podwyższenie wysokości Składki regularnej w każdą Rocznicę ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w § 21 OWU. Podwyższenie wysokości Składki regularnej:

1) w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia ze stałą sumą ubezpieczenia:

a) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką podstawową skutkuje podwyższeniem sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazanego przez Ubezpieczającego Ubezpieczonego, której nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki podstawowej i taryfy składek, która zależy od Wieków tego Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia tego Ubezpieczonego,

b) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką ochronną dobrowolną skutkuje podwyższeniem sum ubezpieczenia wskazanych przez Ubezpieczającego Ubezpieczeń dodatkowych w odniesieniu do wskazanego przez Ubezpieczającego Ubezpieczonego, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki ochronnej dobrowolnej dla tego Ubezpieczonego i taryfy składek tych Ubezpieczeń dodatkowych, które zależne są od Wieków tego Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia dodatkowego dla tego Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU,

2) w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia z malejącą sumą ubezpieczenia w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką ochronną dobrowolną skutkuje podwyższeniem sum ubezpieczenia wskazanych przez Ubezpieczającego Ubezpieczeń dodatkowych w odniesieniu do wskazanego przez Ubezpieczającego Ubezpieczonego, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki ochronnej dobrowolnej dla tego Ubezpieczonego i taryfy składek tych Ubezpieczeń dodatkowych, które zależne są od Wieków tego Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia dodatkowego dla tego Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU.

3. Ubezpieczający może zaproponować podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w odniesieniu do Ubezpieczonego mającego wariant ubezpieczenia ze stałą sumą ubezpieczenia w każdą Rocznicę ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w § 21 OWU. Podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci danego Ubezpieczonego skutkuje podwyższeniem wysokości części Składki regularnej będącej Składką podstawową, której nową wysokość ustala się na podstawie taryfy z uwzględnieniem: aktualnego Wieków tego Ubezpieczonego, nowej wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci tego Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.

4. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na dokonanie zmian, o których mowa w ust. 1 pkt 1), ust. 2 – 3 powyżej, od wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach której Towarzystwo zwróci się do:

1) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych oraz informacji o jego stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby i sposobie spędzania wolnego czasu, jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym lub przedmiotem wybranego przez Ubezpieczającego Ubezpieczenia dodatkowego jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego,

2) danego Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych.

Towarzystwo może skierować danego Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

5. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) Składki regularnej i sum ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia, na zasadach, o których mowa w § 13 OWU.

6. W przypadku wyboru przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia ze stałą sumą ubezpieczenia w żadnym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej nie istnieje możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

7. Ubezpieczający może złożyć wniosek o objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnego Ubezpieczonego w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia w każdą Rocznicę ubezpieczenia, w trybie, o którym mowa w § 6 OWU oraz § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.

8. Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia może zostać objęty kolejny Współmałżonek albo Partner wyłącznie w przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poprzedniego Współmałżonka albo Partnera wygasła.

9. Ubezpieczony może złożyć oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową, w trybie, o którym mowa w § 21 OWU, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 pkt 4) ppkt a) OWU.

W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki regularnej, pomniejszonej o część Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego.

Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w zdaniu powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

10. Ubezpieczający może złożyć wniosek dotyczący rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego w trybie, o którym mowa w § 21 OWU, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 pkt 4) ppkt b) OWU.

W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki regularnej, pomniejszonej o część Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tego Ubezpieczonego.

Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w zdaniu powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

11. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo,



może odmówić dokonania zmian, o których mowa w niniejszym paragrafie z tym zastrzeżeniem, że Towarzystwo nie może odmówić dokonania zmian, o których mowa w ust. 9 i 10 powyżej.

12. Towarzystwo potwierdza dokonanie każdej ze zmian poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

13. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, każdorazowo o zmianie wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci któregośkolwiek z Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia.

14. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 13 powyżej każdemu Ubezpieczonemu obejmowanemu ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia na piśmie lub, jeżeli dany Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, po jej przekazaniu przez Towarzystwo.

§ 13. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ I SUM UBEZPIECZENIA

1. W każdą Rocznicę ubezpieczenia Towarzystwo dokonuje podwyższenia wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo w trybie, o którym mowa w ust. 2 poniżej.

2. Wskaźnik indeksacji określany jest w oparciu o zapisy ust. 3 poniżej najpóźniej do dnia 30 kwietnia każdego roku kalendarzowego i ma zastosowanie do wszystkich Umów ubezpieczenia, dla których Rocznicą ubezpieczenia przypada w okresie od dnia 1 maja tego roku kalendarzowego do dnia 1 kwietnia w następnym roku kalendarzowym.

3. Wskaźnik indeksacji, o którym mowa w ust. 2 powyżej, stanowi dwukrotność skumulowanego 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, obliczonego na podstawie ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny na stronie internetowej www.stat.gov.pl, miesięcznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych na koniec poprzedniego roku kalendarzowego, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. W przypadku, gdy wskaźnik indeksacji ustalony zgodnie z ust. 3 powyżej jest niższy niż 3% przyjmuje się, że wskaźnik indeksacji wynosi 3%.

5. Towarzystwo w trybie, o którym mowa w § 21 OWU, informuje Ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony zgodnie z postanowieniami ustępów powyżej i o wysokości nowych sum ubezpieczenia każdego Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 8 poniżej, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

6. Ubezpieczającemu, w odpowiedzi na nadesłaną przez Towarzystwo informację o podwyższeniu wysokości Składki regularnej, przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 powyżej. Zgłoszenie sprzeciwu oznacza brak zgody na indeksację i zachowanie Składki regularnej oraz sum ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego w dotychczasowej wysokości.

7. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6 powyżej, Składka regularna i sumy ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego zostają podwyższone przez Towarzystwo.

8. Podwyższenie wysokości sum ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia jest dokonywane w następujący sposób:

1) w przypadku wariantu ubezpieczenia ze stałą sumą ubezpieczenia:

część Składki regularnej przeznaczona na pokrycie kosztu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego dla danego Ubezpieczonego jest mnożona przez wskaźnik indeksacji. Otrzymana w ten sposób kwota zamieniana jest na kwotę podwyższającą sumę ubezpieczenia tego Ubezpieczonego należną z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego według taryfy dla aktualnego Wiek tego Ubezpieczonego z uwzględnieniem oceny ryzyka dokonanej przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, w zależności od zakresu ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia w stosunku do tego Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia (do końca okresu w Ubezpieczeniu dodatkowym tego Ubezpieczonego),

2) w przypadku wariantu ubezpieczenia z malejącą sumą ubezpieczenia: z zastrzeżeniem pkt 3) poniżej, część Składki regularnej przeznaczona na pokrycie kosztu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego dla danego Ubezpieczonego jest mnożona przez wskaźnik indeksacji. Otrzymana w ten sposób kwota zamieniana jest na kwotę podwyższającą sumę ubezpieczenia tego Ubezpieczonego należną z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego według taryfy dla aktualnego Wiek tego Ubezpieczonego z uwzględnieniem oceny ryzyka dokonanej przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową tego Ubezpieczonego, w zależności od zakresu ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia w stosunku do tego Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia (do końca okresu w Ubezpieczeniu dodatkowym tego Ubezpieczonego),

3) podwyższenie wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci dla danego Ubezpieczonego (aktualnej na dzień Rocznicy ubezpieczenia na którą dokonywana jest indeksacja) dokonywane jest w następujący sposób: część Składki regularnej przeznaczona na pokrycie kosztu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci dla danego Ubezpieczonego jest mnożona przez wskaźnik indeksacji. Otrzymana w ten sposób kwota zamieniana jest na kwotę podwyższającą sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci dla danego Ubezpieczonego według taryfy dla aktualnego Wiek tego Ubezpieczonego z uwzględnieniem oceny ryzyka dokonanej przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia. Kwota podwyższająca sumę ubezpieczenia obliczona zgodnie ze zdaniem powyżej jest obniżana w każdą kolejną Rocznicę ubezpieczenia zgodnie z poniższym wzorem:

80% × kwota podwyższająca sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci dla danego Ubezpieczonego wynikająca z indeksacji / (Okres ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego wyrażony w Latach ubezpieczenia - k* - 1)

*liczba Lat ubezpieczenia które upłynęły od Dnia początku odpowiedzialności do Rocznicy ubezpieczenia na którą dokonywana jest indeksacja.

§ 14. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

1) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,

2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia,



3) z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta – w związku z upływem najdłuższego Okresu ubezpieczenia Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia,

4) z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres – w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 2 OWU,

5) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci ostatniego Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia – w związku ze śmiercią tego Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

2. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia Składka regularna za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.

§ 15. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki regularnej, pomniejszonej o część Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 16. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

2. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa. Okres wypowiedzenia kończy się w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, nie później niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

3. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, w szczególności w okresie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

4. Po zakończeniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 17. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci tego Ubezpieczonego oraz wystąpić z roszczeniem, składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa (www.compensa.pl) i w jego placówkach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub danego Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia z tytułu śmierci, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami (oraz w przypadku, gdy w ramach danej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową jest objęty więcej niż jeden Ubezpieczony) zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również dany Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

4. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) odpis skrócony aktu zgonu danego Ubezpieczonego,

3) dokument informujący o przyczynie zgonu tego Ubezpieczonego, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon), bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu tego Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu tego Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,

4) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło temu Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej,

5) dane adresowe placówek medycznych, w których dany Ubezpieczony był leczony,

6) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy. W przypadku, gdy podany rachunek bankowy nie jest rachunkiem osoby uprawnionej, właściciel rachunku bankowego winien wyrazić pisemną zgodę na udostępnienie swojego rachunku bankowego Towarzystwu oraz na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w procesie wypłaty Świadczenia.

5. Jeżeli śmierć danego Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego



o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

6. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia.

7. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

8. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

9. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 8 zdanie pierwsze powyżej, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz

2) danego Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami (oraz w przypadku, gdy w ramach Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową jest objęty więcej niż jeden Ubezpieczony) i jeżeli dany Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie,

– o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.

10. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem, oraz

2) danego Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami (oraz w przypadku gdy w ramach Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową jest objęty więcej niż jeden Ubezpieczony) i jeżeli Ubezpieczony nie jest osobą zgłaszającą roszczenie, – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

11. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, danemu Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub danemu uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

12. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

13. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 11 powyżej,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 11 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów

i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 11 powyżej, – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 11 powyżej.

14. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 11 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

15. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

16. Każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego w swoim imieniu.

§ 18. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W okresie ponoszenia przez Towarzystwo odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u danego Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej tego Ubezpieczonego, niezależnie od liczby Chorób śmiertelnych i momentu ich zdiagnozowania.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po spełnieniu Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej tego Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy Świadczenie z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej tego Ubezpieczonego.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego,

2) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez danego Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy,

3) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

4. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego nie zwalnia z obowiązku opłacania Składki regularnej w dotychczasowej wysokości.

5. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej odbywa się z zachowaniem zasad, o których mowa w § 17 ust. 6 – 15 OWU.

6. Począwszy od dnia postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w § 2 ust. 6 OWU Ubezpieczający nie może dokonać żadnych zmian w Ubezpieczeniu podstawowym w stosunku do danego Ubezpieczonego bez zgody Towarzystwa.



§ 19. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA NIEBĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ

1. Ubezpieczającemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia niebędącym osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera – na adres Siedziby Towarzystwa,

b) osobiście, pozostawiając pisemną skargę lub zażalenie w Siedzibie Towarzystwa,

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67.

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi lub zażalenia, skarga lub zażalenie powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

4. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie Towarzystwo potwierdzi pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą, fakt złożenia przez nią skargi lub zażalenia.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.

W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, Towarzystwo zobowiązane jest:

1) wyjaśnić przyczyny braku możliwości dotrzymania terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym,

2) wskazać okoliczności, które muszą zostać ustalone,

3) wskazać przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.

6. Złożenie skargi lub zażalenia niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi lub zażaleń.

7. Odpowiedź Towarzystwa na skargę lub zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono z osobą wskazaną w ust. 1 powyżej składającą skargę lub zażalenie inną formę odpowiedzi.

8. Jeśli życzeniem osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i osoba ta wyraziła zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest jej tą drogą.

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażaleń, wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej, osobie wskazanej w ust. 1 powyżej przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego oraz z powództwem do sądu powszechnego.

11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla siedziby

osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 20. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE REKLAMACJI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA BĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ (W TYM OSOBĄ FIZYCZNĄ WYKONUJĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ LUB ZAWODOWĄ W RAMACH TZW. JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB SPÓŁKI CYWILNEJ)

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) przysługuje prawo złożenia Reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa,

w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć Reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie,

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej,

3) w formie elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl.

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia Reklamacji, Reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpoznania sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.

9. Odpowiedzi na Reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji doręczając ją drogą



pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera, chyba że osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi drogą elektroniczną.

W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej składającą Reklamację.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) odwołać się do Towarzystwa,

2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

11. Niezależnie od trybu rozpatrywania Reklamacji wskazanego w ust. 1 – 10 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 21. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIENÍ I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Z zachowaniem postanowień zdania drugiego oraz o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z Umową ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i wysłane listownie lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym www.mojacompensa.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość. Za zgodą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa w związku z Umową ubezpieczenia mogą być składane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowią inaczej.

2. Ubezpieczający, każdy z Ubezpieczonych i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego.

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy wskazanej w ust. 1 powyżej pod rygorem nieważności. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego pisemnego przekazania każdemu z Ubezpieczonych całości otrzymanych materiałów tak, aby każdy z Ubezpieczonych miał możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

4. Ubezpieczający, który zamierza przedstawić Towarzystwu propozycje zmian w Umowie ubezpieczenia musi uzgodnić te propozycje z Ubezpieczonymi których dotyczą te zmiany.

5. Ubezpieczający oraz każdy z Ubezpieczonych są uprawnieni do wyrażenia pisemnego sprzeciwu w terminie 14 dni od daty otrzymania

propozycji zmiany Umowy ubezpieczenia. Zgłoszenie sprzeciwu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się za brak zgody na proponowane przez Towarzystwo zmiany. Zmiana dokonana bez zgody danego Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci danego Ubezpieczonego.

6. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje wskazane w ust. 6 powyżej Ubezpieczonemu (a w przypadku, gdy w ramach Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową jest objęty więcej niż jeden Ubezpieczony – każdemu z Ubezpieczonych) na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.

8. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia, wymaga zgody tego Ubezpieczonego. Każdy z Ubezpieczonych udziela Ubezpieczającemu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej.

9. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od każdego z Ubezpieczonych zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia.

10. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania każdemu z Ubezpieczonych wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo, w sposób zapewniający każdemu Ubezpieczonemu możliwość pełnego zapoznania się z nimi. W szczególności Ubezpieczający informuje każdego z Ubezpieczonych o objęciu go ochroną ubezpieczeniową, o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość Świadczeń uległa zmianie oraz o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo niezwłocznie po jej otrzymaniu.

11. W przypadku dokonywania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej któregośkolwiek z Ubezpieczonych, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

12. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego (a w przypadku gdy w ramach Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową jest objęty więcej niż jeden Ubezpieczony – któregośkolwiek z Ubezpieczonych), przekazuje informacje, o których mowa w ust. 6 powyżej oraz § 12 ust. 13 OWU.

13. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane w dzienniku ogólnopolskim lub na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego.

14. Oświadczenia i wnioski składane Towarzystwu będą uważane za złożone skutecznie, o ile zostaną doręczone do Siedziby Towarzystwa lub wysłane za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym



www.mojacompena.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość.

15. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia Agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 22. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

§ 23. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W OWU

1. Do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Na dzień wejścia w życie OWU, przepisami regulującymi

opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa jest ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 24. WARTOŚĆ STOPY TECHNICZNEJ

W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo stosuje Stopę techniczną w wysokości 1,60%.

§ 25. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 7/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GWARANCJA OCHRONA OPTIMA O SYMBOLU BRP-01 I 7

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona Optima o symbolu BRP-01 I 7 zatwierdzonych Uchwałą Nr 7/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 18.
2. dotychczasowy § 19 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 19. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 20 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 20 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 20 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.”

3. Dotychczasowy § 20 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 20. SKŁADANIE REKLAMACJI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:

- 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie,
- 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
- 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową

w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), 4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:

- 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
- 2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
- 3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
- 4) PESEL/REGON,
- 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:

- 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.

9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek – w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami



nieposiadającymi osobowości prawnej.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. I powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. I powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. I – II powyżej, osoba wskazana w ust. I powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. I powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/02/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 lutego 2018 r. wchodzi w życie z dniem 23 lutego 2018 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GWARANCJA OCHRONA OPTIMA O SYMBOLU BRP-01 I 7

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona Optima o symbolu BRP-01 I 7 (dalej OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 7/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 1 lipca 2019 r. lub terminie późniejszym:

1. W § 2 zostaje dodany ust. 32, który otrzymuje następujące brzmienie:
„**32. Uposażony zastępczy** – osoba, wskazana samodzielnie przez każdego Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci tego Ubezpieczonego w przypadku, gdy w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 6 OWU”.

2. § 7 OWU otrzymuje tytuł: „**ZASADY WSKAZANIA UPOSAŻONEGO ORAZ UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO**”

3. § 7 OWU otrzymuje brzmienie:

1. Każdy z Ubezpieczonych ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia wskazać jednego lub więcej Uposażonych lub Uposażonych zastępczych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego. W przypadku braku wskazania Uposażonego, wskazanie Uposażonego zastępczego jest bezskuteczne.

2. Każdy z Ubezpieczonych powinien określić udział każdego z Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%. Wskazania udziałów w kwocie Świadczenia do łącznej sumy udziałów 100% dokonuje się odrębnie dla Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych.

3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych lub Uposażonych zastępczych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały odpowiednio w ramach wskazania dla Uposażonych lub Uposażonych zastępczych są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym lub Uposażonym zastępczym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia odrębnie według wskazania dla Uposażonych lub Uposażonych zastępczych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały poszczególnych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania tego Ubezpieczonego dla Uposażonych lub dla Uposażonych zastępczych.

4. Każdy z Ubezpieczonych może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, odwołaniu albo zmianie wskazania Uposażonego lub Uposażonego zastępczego albo wyrażenie zgody na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej, wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego staje się

bezskuteczne, jeżeli Uposażony lub Uposażony zastępczy zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych lub Uposażonych zastępczych, a na dzień śmierci tego Ubezpieczonego wskazanie któregokolwiek Uposażonego lub Uposażonego zastępczego stało się bezskuteczne, zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas przypadająca mu część Świadczenia według wskazania dla Uposażonych lub Uposażonych zastępczych, zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym/Uposażonym zastępczym w proporcji wynikającej odpowiednio ze wskazania tego Ubezpieczonego dla Uposażonych lub wskazania dla Uposażonych zastępczych.

8. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, prawo do otrzymania Świadczenia przysługuje Uposażonym Zastępczym, o ile zostali oni wskazani oraz na dzień śmierci Ubezpieczonego to wskazanie również nie okazało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami ust. 6 powyżej.

9. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych ani Uposażonych zastępczych lub wskazanie wszystkich Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami ust. 6 albo w stosunku do Uposażonych zastępczych ze względu na brak wskazania Uposażonych, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny tego Ubezpieczonego w następującej kolejności pierwszeństwa:

- 1) małżonek zmarłego,
- 2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,
- 3) wnuki zmarłego,
- 4) rodzice zmarłego,
- 5) rodzeństwo zmarłego,
- 6) dzieci rodzeństwa zmarłego,
- 7) inni niż wskazani w pkt 1) – 6) powyżej spadkobiercy tego Ubezpieczonego.

Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.”.

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks zatwierdzony został Uchwałą Nr 8/05/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 maja 2019 r. i wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2019 r.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
BRP-0217**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-0217

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0217 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanymi dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 70 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

3) **Uraz** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom uprawnionym do Świadczenia, na zasadach określonych w OWU, Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej, z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego, w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach,



buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwem Ubezpieczonego popełnionym w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Dnia początku odpowiedzialności albo w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Rocznic ubezpieczenia, w której nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,

4) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

6) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

7) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

8) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,

9) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

7) w przeddzień Rocznicę ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

8) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 2 pkt 3) i pkt 4) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

3) dokumenty informujące o przyczynie śmierci Ubezpieczonego:

a) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon),

b) dokumenty związane z okolicznościami zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,



c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,

4) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO BRP-0317

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO BRP-0317

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0317 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanych dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 65 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

2) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

4) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące:

a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem: pojazdów używanych do celów specjalnych – motocykli, motorowerów, innych pojazdów jednośladowych, bądź

b) pojazdem szynowym.

5) **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych. W rozumieniu OWDU za Statek morski lub śródlądowy nie uważa się: okrętów podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

6) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

7) **Uraz** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

8) **Wypadek komunikacyjny** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu lądowego albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległ Ubezpieczony, jako pasażer lub kierujący którymkolwiek z tych Pojazdów.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom uprawnionym do Świadczenia, na zasadach określonych w OWU, Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

1) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.



2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna jest należna.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego, w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,
2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli Wypadek komunikacyjny zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwem Ubezpieczonego popełnionym w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Dnia początku odpowiedzialności albo w okresie 2 Lat ubezpieczenia od Rocznicę ubezpieczenia, w której nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,

4) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

6) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, baloniarstwa, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

7) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków

lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego, 8) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności, 9) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

10) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba, że prowadzenie przez Ubezpieczonego danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

11) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak aktualnego badania technicznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,



6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

8) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 2 pkt 3) i pkt 4) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

3) dokumenty informujące o przyczynie śmierci Ubezpieczonego:

a) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,

b) dokumenty związane z okolicznościami zajścia Wypadku komunikacyjnego, w następstwie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Wypadku komunikacyjnego, o ile takie czynności były prowadzone,

c) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon),

4) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
BRP-0417**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5, § 7



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-0417

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku BRP-0417 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanych dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 55 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – występujące u Ubezpieczonego trwałe, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprzek uszkodzenie organu, narządu lub układu, spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje

trwałe upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia:

i) Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWDU, obowiązującej dla Ubezpieczonego, który w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał ukończone 3 miesiące życia oraz nie więcej niż 17 lat, albo

ii) Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 2 do OWDU, obowiązującej dla Ubezpieczonego, który w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał ukończone 18 lat.

4) **Uraz** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.



§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego, w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę,

4) usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

6) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

7) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

8) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

9) operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie następstw Nieszczęśliwych wypadków, zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,

10) leczeniem lub zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, omdlenia lub utraty przytomności.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

5. W przypadku, gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono



nalearną Skłatkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Skłatkę regularną w pełnej wysokości,

8) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,

9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 2 pkt 3) i pkt 4) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskłatkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na umowę ubezpieczenia z opłacaną Skłatką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Skłatki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) dokumenty związane z okolicznościami zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,

3) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

4) kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,

5) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wpłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z odpowiednią dla Wzku Ubezpiezonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego tabelą oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu, na mocy postanowień § 2 ust. 1 pkt 3) ppkt b) OWDU. Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązująca dla Ubezpiezonego, który w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał ukończone 3 miesiące życia oraz nie więcej niż 17 lat stanowi Załącznik nr 1 do OWDU, Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu obowiązująca dla Ubezpiezonego, który w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego miał ukończone 18 lat stanowi Załącznik nr 2 do OWDU. Z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową, z odpowiedniej dla Wzku Ubezpiezonego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

4. Towarzystwo wypłaci Świadczenie, gdy wartość procentowa Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpiezonego w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wyniesie nie mniej niż 5%.

5. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpiezonego podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpiezonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

6. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może skierować Ubezpiezonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

7. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Ubezpiezonego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**ZAŁĄCZNIK NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU O SYMBOLU BRP-0417**

**TABELA OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU OBOWIĄZUJĄCA
DLA UBEZPIECZONEGO, KTÓRY W DNIU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO MIAŁ
UKOŃCZONE 3 MIESIĄCE ŻYCIA ORAZ NIE WIĘCEJ NIŻ 17 LAT**

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	Prawa	Lewa
A. Kończyny górne		
1. Utrata obu kończyn górnych na wysokości ramienia		100
2. Utrata kończyny górnej na wysokości ramienia	75	65
3. Utrata obu kończyn górnych na wysokości przedramienia		100
4. Utrata kończyny górnej na wysokości przedramienia	60	50
5. Utrata kończyny górnej na wysokości nadgarstka / utrata ręki	50	4
6. Utrata wszystkich palców ręki	50	40
7. Utrata całkowita kciuka i palca II ręki	40	30
8. Utrata całkowita kciuka	25	20
9. Utrata całkowita palca II ręki	20	15
10. Utrata całkowita palca III – V za każdy palec	5	5
11. Złamanie otwarte kości ramiennej wymagające leczenia operacyjnego	8	8
12. Złamanie otwarte obu kości przedramienia wymagające leczenia operacyjnego	7	7
B. Kończyny dolne		
1. Utrata obu kończyn dolnych na wysokości uda		100
2. Utrata kończyny dolnej na wysokości uda		60
3. Utrata obu kończyn dolnych na wysokości podudzia		10
4. Utrata kończyny dolnej na wysokości podudzia		50
5. Utrata kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego i stopy		40
6. Utrata całkowita palców stopy		30
7. Całkowita utrata palucha		7
8. Całkowita utrata palca stopy / za każdy palec		2
9. Złamanie otwarte kości udowej wymagające leczenia operacyjnego		8
10. Złamanie otwarte obu kości podudzia wymagające leczenia operacyjnego		8
C. Głowa		
1. Utrata całkowita żuchwy		50
2. Całkowita utrata wzroku w jednym oku		40
3. Całkowita utrata słuchu w jednym uchu		30
4. Całkowita utrata nosa z kością nosową		35
5. Całkowite oskalpowanie skóry owłosionej czaszki		20
6. Całkowita utrata mowy		100
7. Całkowita utrata wzroku w obu oczach		100
8. Całkowita utrata słuchu w obu uszach		100
D. Kręgosłup		
1. Złamanie kręgosłupa szyjnego – wymagające leczenia operacyjnego		1
2. Złamanie kręgosłupa piersiowego – wymagające leczenia operacyjnego		10
3. Złamanie kręgosłupa lędźwiowego – wymagające leczenia operacyjnego		10
E. Oparzenia		
1. Ciężkie oparzenia ciała II/III stopień powyżej 20% powierzchni ciała		15



ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU O SYMBOLU BRP-0417

TABELA OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU OBOWIĄZUJĄCA DLA UBEZPIECZONEGO, KTÓRY W DNIU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO MIAŁ UKOŃCZONE 18 LAT

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. Uszkodzenia głowy		
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych – wymagające szycia):		
a) uszkodzenia powłok czaszki blizny do 5 cm dł.	1	
b) uszkodzenia powłok czaszki blizny powyżej 5 cm dł. – 10 cm dł.	2	
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągniętych blizn – w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm dł.	5	
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy	8	
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni – powyżej 10 cm średnicy	10-20	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)	1-7	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy do 2,5 cm	2	
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm	5	
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm	6	
d) o średnicy powyżej 10 cm	9-15	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz.1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz.1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	1-10	
5. Porażenia i niedowłady połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100	
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
kończyna górna – wg skali Lovett'a:	P	L
0°	40	30
1 – 2°	30-35	20-25
3 – 4°	5-20	5-15
kończyna dolna – wg skali Lovett'a:		
0°	40	
1 – 2°	30	
3 – 4°	5-15	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60	
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10	



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30-40
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-30
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 szpitalna potwierdzająca 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 9.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).	
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:	
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość- objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	70
b) afazja całkowita motoryczna	35-50
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30
d) afazja nieznacznego stopnia	1-10
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego	2-10
b) nerwu błotkowego	2
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	2-5
14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) jednostronne	5
b) obustronne	15
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9
b) całkowite	10
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	1-9



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
------------------------	--

B. Uszkodzenia twarzy**20.** Uszkodzenia powłok twarzy – wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpecenia):

a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

21. Uszkodzenia nosa:

a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5
c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5

22. Całkowita utrata zęba stałego:

a) siekacza lub kła – za każdy ząb	2
b) pozostałych zębów	1

23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:

a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10

24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:

a) częściowa (powyżej 30%)	8-10
b) całkowita	30

25. Ubytek podniebienia:

a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-20
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	21-30

26. Ubytki języka:

a) bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	4-10
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	11-30
d) całkowita utrata języka	40

C. Uszkodzenia narządu wzroku**27.**

a) Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

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



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu		
b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8		
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40		
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:			
a) jednego oka	15		
b) obojga oczu	30		
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a) rozdarcie naczyńówki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a		
b) zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego			
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka			
d) zanik nerwu wzrokowego			
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:			
a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27		
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)			
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku			
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z poz. 2		
32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotie drugiego oka
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
poniżej 10°	35	95	100
33. Połowicze niedowidzenia:			
a) dwuskroniowe			20-50
b) dwunosowe			10-20
c) jednoimienne			20
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
a) w jednym oku			20
b) w obu oczach			35
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:			
a) w jednym oku			wg tabeli z poz. 27a
b) w obu oczach			
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
a) w jednym oku			1-8
b) w obu oczach			5-12
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z poz.27a
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.			
38. Jaskra – ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z poz. 27a i 32
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:			
a) jednostronny			30
b) obustronny			60
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej			wg tabeli z poz.27a
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:			
a) zmiany niewielkie			2
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz.27a

**Rodzaj uszkodzeń ciała**

Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):

Ucho prawe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

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

43. Urazy małżowiny usznej:

a) rany małżowiny usznej – wymagające szycia	1
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)	2-5
c) utrata jednej małżowiny	15

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):

a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z poz. 42
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):

a) jednostronne	1-5
b) obustronne	6-10

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):

a) jednostronne	5–10
b) obustronne	11-20

47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)

wg tabeli z poz.42

48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz.42
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10–30
b) dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:

a) niewielkiego stopnia	1-5
b) znaczne upośledzenie połykania lub artykulacji	6–15

51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia

5–20

52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:

a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	15-40
b) z bezgłosem	50

53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a) bez niewydolności oddechowej	1–10
b) z niewydolnością oddechową – potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11–50

54. Uszkodzenie przełyku powodujące:

a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5–20
b) odżywianie tylko płynami	21-40
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45

55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):

a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1
b) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm ² powierzchni) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 88.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9
b) całkowita	10-20
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1
b) złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	2-5
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	3-5
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	20-40
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5
b) z objawami niewydolności układu krążenia – I stopień wg NYHA	10
c) z objawami niewydolności układu krążenia – II stopień wg NYHA	20
d) z objawami niewydolności układu krążenia – III stopień wg NYHA	21-30
e) z objawami niewydolności układu krążenia – IV stopień wg NYHA	31-60
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji – po leczeniu operacyjnym	4
b) zaburzenia średniego stopnia	8
c) zaburzenia dużego stopnia – z niewydolnością oddechową	15
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	20
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40
b) jelita grubego	30
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	3-10
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościennie uszkodzenie leczone operacyjnie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15
72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych – utrata pęcherzyka żółciowego	5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – leczone operacyjnie)	5
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	10-40
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) – potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20
80. Utrata prącia	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3-15
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35
b) w wieku powyżej 45 lat	20



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5
b) pochwy i macicy	15
I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15°.)	3-5
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (uszczywnienia operacyjne)	11-20
89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:	
a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (uszczywnienia operacyjne)	6-10
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym z:	
a) skręcenia, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszczywnieniem (uszczywnienia operacyjne)	11-20
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2
b) złamania mnogie wyrostków	3-5
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu	+5
94. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch lasek	50-70
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiającym poruszanie się o jednej lasce	20-40
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	80
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	40-60
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	10-20
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5
K. Uszkodzenia miednicy	
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a) leczone zachowawczo	3-5
b) leczone operacyjnie	6-10



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:		
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5	
b) w odcinku przednim obustronnie	8	
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) bez przemieszczenia	10	
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) z przemieszczeniem – leczone operacyjnie	15	
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):		
a) I stopnia	4-6	
b) II stopnia	7-10	
c) III stopnia	11-15	
d) IV stopnia	16-30	
97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obręczy kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):		
a) jednomiejscowe	3	
b) wielomiejscowe	5	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		
L. Uszkodzenia kończyny górnej		
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ		
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).		
98. Złamanie łopatki:	P	L
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2	1
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości pow. 30%	8	6
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramiennie-łopatkowym	15	12
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości	3	2
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%	6	4
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	9	7
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	10	8
101. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:		
a) uszkodzenia I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2	1
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	5	3
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8	6
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciała obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	+4	+3
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
103. Uszkodzenia stawu barkowego – uszkodzenie mięśni rotatorów, zwichnięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2	1
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	3	2
c) złamania bez przemieszczenia	5	4
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	10	8
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	20	15
104. Zastarzałe nie odprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	5-25	5-20
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	20	15
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen ocenia się według norm neurologicznych.		
106. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	18	15



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	P	L
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25	20
107. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+5	+5
108. Utrata kończyny w barku	70	65
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75	70
110. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3	2
b) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6	4
c) z przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 20°, skróceniem > 3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15	12
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrостu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5	+53
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) ospzeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)		1
b) ospzeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)		3
c) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)		5
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)		2-3
e) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)		5
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1
Uwaga! Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.		
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60	55
b) przy dłuższych kikutach	55	50
ŁOKIEC		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego – złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2	1
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4	3
c) złamania bez przemieszczenia	5	4
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	8	6
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15	12
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15	12
b) z brakiem ruchów obrotowych	17	15
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25	22
115. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20	5-20
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	+5	+5
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3	2
b) z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5	4
c) z przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 20°, skróceniem > 3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8	6
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrостu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	+5	+5



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	P	L
I18. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2	1
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3	2
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6	5
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe, neurologiczne itp.)	8-16	6-12
I19. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji I17-I18, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	+5	+5
I20. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości		1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%		3
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1
NADGARSTEK		
I21. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55	50
I22. Całkowite zeszytywienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		10
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		15
I23. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji I22, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		+5
ŚRÓDRĘCZE		
I24. Złamania kości śródreżca:		
a) I lub II kości śródreżca (za każdą kość):		
– bez przemieszczenia		2
– z przemieszczeniem		3
b) III, IV i V kości śródreżca (za każdą kość):		
– bez przemieszczenia		1
– z przemieszczeniem		2
I25. Uszkodzenie tkanek miękkich śródreżca (rany wymagające szycia powyżej 3 cm., mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)		1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)		2
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1
KCIUK		
I26. Utraty w obrębie kciuka:		
a) utrata całkowita opuszki	2	1
b) utrata części paliczka paznokciowego	4	3
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8	7
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego – poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	12	10
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	17	15
I27. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszytywienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2	1
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4	3
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8	7
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10	12
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
PALEC WSKAZUJĄCY		
I28. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata całkowita opuszki	2	1



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
	P	L
b) utrata części paliczka paznokciowego	4	3
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6	5
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8	7
e) utrata trzech paliczków	12	10
f) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20	15

129. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:

a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5	1
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3	2
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5	4
d) zmiany z deformacją, zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8	7

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

130. Utrata całego paliczka lub części paliczka:

a) utrata części paliczka	1
b) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	2
c) palca piątego – za każdy paliczek	1,5
131. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	+4

132. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) – powodujące:

a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%	1
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%	2
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%	3
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	4

Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

STAW BIODROWY

133. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej

60-70

134. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.)

oceniać wg punktu 139

135. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:

a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-40

136. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przekrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15
137. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5

Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro zspotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególnie uważać zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.

UDO

138. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:

a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5
--	---



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15
I39. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
I40. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10
I41. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5
I42. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji I38-I41, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji I42 nie może przekroczyć 60%.	
I43. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70
KOLANO	
I44. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw – w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15
d) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego	20
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15
I45. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscectomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni > 2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10
d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samonastawienia)	2
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostów do 120° dla zgięcia.	
I46. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10
c) z b. dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15
I47. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5
I48. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2
I49. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) – leczone operacyjnie	5
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
Uwaga! Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójkątowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
150. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	35-45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
151. stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwknięcia, ran wymagających szycia – pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp., wymagające stosowania kul, lasek itp.	10
152. Złamania i zwknięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo-piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10
153. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 159.	
154. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi – wymagającego zaopatrzenia w obuwiu ortopedyczne	12
155. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:	
a) częściowa – powyżej 30%	10
b) całkowita	20
156. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5
157. Złamania kości śródstopia:	
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10
158. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	
159. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności:	
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu	
160. Utrata stopy w całości	45	
161. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35	
162. Utrata stopy w stawie Lisfranka	25	
163. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	10-15	
PALCE STOPY		
164. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3	
165. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4	
b) utrata całego palucha	8	
166. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	8-15	
167. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części – ½ długości	1	
b) w całości	2	
168. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	3-10	
169. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5	
170. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – za każdy palec	0,5	
N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	P	L
171. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7	5
b) nerwu piersiowego długiego	8	5
c) nerwu pachowego	3-10	3-8
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10	3-8
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30	5-20
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20	5-15
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15	3-10
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10	2-8
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20	5-15
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15	2-10
k) nerwu łokciowego	3-15	3-10
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20	10-15
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25	10-20
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5	
n) nerwu zasłonowego	2-8	
o) nerwu udowego	2-15	
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	2-8	
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8	
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20	
u) nerwu strzałkowego	2-10	
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40	
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-5	
Uwaga: Według pozycji 171 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).		
172. Zawały mięśnia serca pełnościenne:		
a) ściana przednia	10	
b) ściana dolna	10	
c) ściana boczna	10	
d) ściana tylna	10	
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15	
f) koniuszek serca	5	
g) zawał podwierzchołkowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5	



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu
h) pęknięcie mięśnia brodawkowego	10
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5
173. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:	
a) niedowład jednej kończyny	3,5
b) paraliż jednej kończyny	5
c) niedowład dwóch kończyn	8,5
d) paraliż dwóch kończyn	12
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20
g) niedowład dotyczące twarzy	5
h) porażenie dotyczące twarzy	10
i) niedowidzenie połowiczne	5
j) niedowidzenie obustronne	10
k) nietrzymanie moczu	5
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5
m) wzgórzowy zespół bólowy	7,5
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5
o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezdolności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisanania)	2,5



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU O SYMBOLU BRP-0417

§ 1.

Na podstawie niniejszego paragrafu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0417 (zwanymi dalej OWDU), zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. i mających zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym, dotychczasowy § 1 ust. 4 OWDU otrzymuje następujące brzmienie: „Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wieku Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 60 lat.”.

§ 2

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia OWDU, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 5/10/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 9 października 2018 r. wchodzi w życie z dniem 9 października 2018 r. i ma zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 grudnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
BRP-0517**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA BRP-0517

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania o symbolu BRP-0517 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanym dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia, jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 60 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący Chorobę Ubezpieczonego.

2) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

3) **Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania** – w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, za dzień jego wystąpienia przyjmuje się w przypadku:

a) **Bakteryjnego zapalenia mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwszy dzień pobytu w Szpitalu, podczas którego zdiagnozowano Bakteryjne zapalenie mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych,

b) **Choroby Alzheimer (przed ukończeniem 65 roku życia)** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy

jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Alzheimer,

c) **Choroby Creutzfeldta-Jakoba** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Creutzfeldta-Jakoba,

d) **Choroby Leśniowskiego-Crohna** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę gastrologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Leśniowskiego-Crohna,

e) **Choroby Parkinsona (przed ukończeniem 65 roku życia)** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby Parkinsona,

f) **Choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego)** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby neuronu ruchowego,

g) **Ciężkich oparzeń** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie Ciężkiego oparzenia,

h) **Ciężkiej Sepsy** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę postawienia diagnozy, z zastrzeżeniem że dokumentacja ta musi być wystawiona przez Szpital, w którym odbywało się leczenie tego stanu chorobowego Ubezpieczonego,

i) **Cukrzycy Typu I (insulinozależnej)** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę diabetologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Cukrzycy Typu I,

j) **Dystrofii mięśniowej** – datę wykonania biopsji, potwierdzającej wystąpienie Dystrofii mięśniowej,

k) **Gruźlicy płuc** – pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu, podczas którego zdiagnozowano wystąpienie Gruźlicy płuc,

l) **Łagodnego nowotworu mózgu** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa, podczas której po raz pierwszy zdiagnozowano Łagodny nowotwór mózgu,

m) **Niedokrwistości aplastycznej** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania biopsji szpiku kostnego, której wynik potwierdził diagnozę Niedokrwistości aplastycznej,

n) **Niewydolności nerek** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania pierwszej dializy, rozpoczynającej przewlekłe leczenie dializami,

o) **Operacji aorty** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego aorty,

p) **Operacji mózgu** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania Operacji mózgu,

q) **Operacji wszczepienia zastawki serca** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego wszczepienia zastawki serca,

r) **Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego** – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego pomostowania aortalno-wieńcowego,



s) Postępującej twardziny układowej (sklerodermii uogólnionej)

– pierwszy dzień pobytu w Szpitalu, podczas którego zdiagnozowano Postępującą twardzinę układową (sklerodermię uogólnioną),

t) Postępującego porażenia nadjądrowego – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Postępującego porażenia nadjądrowego,

u) Przeszczepu narządu – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego Przeszczepu narządu,

v) Schyłkowej niewydolności wątroby – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę hepatologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Schyłkowej niewydolności wątroby,

w) Schyłkowej niewydolności oddechowej – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Schyłkowej niewydolności oddechowej,

x) Stwardnienia rozsianego:

i. datę upływu co najmniej 6-miesięcznego okresu utrzymujących się nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, albo

ii. datę wystąpienia drugiego udokumentowanego pobytu w Szpitalu (co najmniej dwa pobytu w Szpitalu oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą), albo

iii. datę wystąpienia przynajmniej jednego klinicznie udokumentowanego epizodu, łącznie z charakterystycznym dla stwardnienia rozsianego wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu, w zależności od tego, która z powyższych dat nastąpi jako pierwsza,

y) Śpiączki – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę odpowiadającą pierwszemu dniu wystąpienia u Ubezpieczonego Śpiączki,

z) Tężca – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej zakażenie Ubezpieczonego Tężcem,

aa) Udaru mózgu – potwierdzoną wynikami badań diagnostycznych datę wystąpienia Udaru mózgu oraz wpisem w dokumentacji medycznej dokonany przez lekarza specjalistę neurologa,

bb) Utraty kończyny – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę amputacji kończyny,

cc) Utraty mowy – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę laryngologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej Utratę mowy w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych,

dd) Utraty słuchu – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę laryngologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie obuusznej Utraty słuchu, potwierdzonej wynikami audiometrycznymi,

ee) Utraty wzroku – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę okulistę jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie obuocznej Utraty wzroku,

ff) Wirusowego zapalenia mózgu – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Wirusowego zapalenia mózgu,

gg) Zakażenia wirusem ludzkiego niedoboru odporności HIV

– potwierdzoną w dokumentacji medycznej datę stwierdzenia zakażenia wirusem HIV; diagnoza powinna być potwierdzona pozytywnymi wynikami dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV oraz testu Western Blot lub PCR,

hh) Zapalenia mózgu – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Zapalenia mózgu,

ii) Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych,

jj) Zawału serca – potwierdzoną wynikami badań diagnostycznych datę wystąpienia Zawału serca oraz wpisem w dokumentacji medycznej dokonany przez lekarza specjalistę kardiologa.

4) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

5) Poważne zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego jednego z następujących stanów chorobowych: Bakteryjnego zapalenia mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych, Choroby Alzheimerera, Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Choroby Leśniowskiego-Crohna, Choroby Parkinsona, Choroby neuronu ruchowego, Ciężkiego oparzenia, Ciężkiej Sepsy, Cukrzycy typu I, Dystrofii mięśniowej, Gruźlicy, Łagodnego nowotworu mózgu, Niedokrwistości aplastycznej, Niewydolności nerek, Operacji aorty, Operacji mózgu, Operacji wszczepienia zastawki serca, Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego, Postępującej twardziny układowej (sklerodermii uogólnionej), Postępującego porażenia nadjądrowego, Przeszczepu narządu, Schyłkowej niewydolności wątroby, Schyłkowej niewydolności oddechowej, Stwardnienia rozsianego, Śpiączki, Tężca, Udaru mózgu, Utraty kończyny, Utraty mowy, Utraty słuchu, Utraty wzroku, Wirusowego zapalenia mózgu, Zakażenia wirusem HIV, Zawału serca, Zapalenia mózgu, Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zdefiniowanych poniżej, z zastrzeżeniem, że w stosunku do Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:

- ukończył 3 miesiące i nie ukończył 17 roku życia, zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie następujące stany chorobowe: Ciężkie oparzenia, Ciężką Sepsę, Cukrzycę typu I, Niewydolność nerek, Przeszczep narządu, Schyłkową niewydolność wątroby, Zapalenie mózgu, Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, Łagodny nowotwór mózgu, Dystrofię mięśniową, Śpiączkę,

- ukończył 18 lat, zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje następujące stany chorobowe: Bakteryjne zapalenie mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych, Chorobę Alzheimerera, Chorobę Creutzfeldta-Jakoba, Chorobę Leśniowskiego – Crohna, Chorobę Parkinsona, Chorobę neuronu ruchowego, Ciężkie oparzenia, Ciężką Sepsę, Dystrofię mięśniową, Gruźlicę, Łagodny nowotwór mózgu, Niedokrwistość aplastyczną, Niewydolność nerek, Operację aorty, Operację mózgu, Operację wszczepienia zastawki serca, Operację pomostowania aortalno-wieńcowego, Postępujące porażenie nadjądrowe, Postępującą twardzinę układową (sklerodermię uogólnioną), Przeszczep narządu, Schyłkową niewydolność wątroby, Schyłkową niewydolność oddechową, Stwardnienie rozsiane, Śpiączkę, Tężec, Utratę kończyny, Utratę mowy, Udar mózgu, Utratę słuchu, Utratę wzroku, Wirusowe zapalenie mózgu, Zakażenie wirusem HIV, Zawał serca:

a) Bakteryjne zapalenia mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych – zapalenie mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych wywołane bakteriami,



powodujące powstanie znacznego i trwałego uszczerbku neurologicznego, potwierdzone przez lekarza neurologa. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego,

b) Choroba Alzheimera (przed ukończeniem 65 roku życia) – jednoznaczna diagnoza choroby Alzheimera (demencja przedstarcza) przed 65 rokiem życia. Diagnoza musi zostać potwierdzona przez specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki Choroby Alzheimera i demencji oraz udokumentowana wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu),

c) Choroba Creutzfeldta-Jakoba – diagnoza musi być uznana za „prawdopodobną”, zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba:

i. postępująca demencja,

ii. wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,

iii. typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),

iv. rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; Choroba Creutzfeldta-Jakoba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.

Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.

W rozumieniu OWDU za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba,

d) Choroba Leśniowskiego-Crohna – zapalna choroba jelita o niewyjaśnionej etiologii, zaliczana do grupy nieswoistych zapaleń jelit (IBD),

e) Choroba Parkinsona (przed ukończeniem 65 roku życia) – jednoznaczna diagnoza idiopatycznej lub pierwotnej Choroby Parkinsona (wykluczeniu podlegają wszystkie pozostałe postacie parkinsonizmu) przed 65 rokiem życia, która musi być potwierdzona przez specjalistę. Choroba Parkinsona musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich.

Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy,

f) Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) – nieuleczalna, postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do wybiórczego uszkodzenia obwodowego (dolnego) i ośrodkowego (górnego) neuronu ruchowego, poprzez zniszczenie komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. Choroba neuronu ruchowego musi być zdiagnozowana przez lekarza specjalistę neurologa poprzez:

i. potwierdzenie obecności: uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym, elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) oraz uszkodzenia górnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym) oraz postępujących zaburzeń ruchowych w danym obszarze lub pojawienia się ich w innych obszarach (na podstawie wywiadu lub w badaniu klinicznym),

ii. wykluczenie: innych jednostek chorobowych tłumaczących uszkodzenie górnego lub dolnego neuronu ruchowego (w badaniu elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) oraz innych jednostek chorobowych, mogących tłumaczyć zaburzenia kliniczne i elektrofizjologiczne (w badaniu neuroobrazowym: tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI)).

Wszystkie wymienione w pkt i. objawy muszą być medycznie udokumentowane i utrzymywać się trwale przez okres co najmniej 3 miesięcy,

g) Ciężkie oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry właściwej), wymagające hospitalizacji i obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”,

h) Ciężka Sepsa – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej wywołany: zakażeniem (bakteryjnym, grzybiczym, wirusowym albo pasożytniczym), rozległym urazem, rozległymi zabiegami operacyjnymi i ich powikłaniami, w następstwie którego rozwija się powikłanie pod postacią niewydolności wielonarządowej (nieprawidłowe działanie dwóch lub więcej narządów albo układów, do których zaliczamy: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ moczowy, układ krwiotwórczy, układ pokarmowy, wątrobę).

W rozumieniu niniejszej definicji za Poważne zachorowanie nie uważa się Ciężkiej Sepsy, która spowodowana została przez ekspozycję Ubezpieczonego na substancje chemiczne oraz w wyniku zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Diagnoza musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej wystawionej przez Szpital, w którym prowadzone było leczenie Ubezpieczonego,

i) Cukrzyca typu I (insulinozależna) – zdiagnozowany przez lekarza specjalistę diabetologa proces chorobowy o podłożu autoimmunologicznym, prowadzący do powolnego zniszczenia produkujących insulinę komórek β wysp trzustkowych (wysepek Langerhansa), w następstwie którego dochodzi do utraty zdolności wydzielania insuliny przez trzustkę oraz konieczności stałego uzupełniania jej niedoborów insuliną, podawaną do organizmu z zewnątrz,

j) Dystrofia mięśniowa – grupa uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które w następstwie zaniku i przykurczy tych mięśni powodują trwałą niezdolność Ubezpieczonego do przemieszczenia się po płaskiej powierzchni,

k) Gruźlica płuc – choroba zakaźna, wywołwana przez prątką gruźlicy typu ludzkiego (*Mycobacterium tuberculosis*), manifestująca się zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc,

l) Łagodny nowotwór mózgu – guz mózgu niesklasyfikowany jako



złośliwy, wymagający usunięcia. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwakiów, torbieli, cyst, ziarniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego,

m) Niedokrwistość aplastyczna – jednoznaczna diagnoza niewydolności szpiku kostnego potwierdzona przez specjalistę i udokumentowana wynikiem biopsji szpiku kostnego. Niedokrwistość aplastyczna musi prowadzić do co najmniej 2 z 3 następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości i musi wymagać leczenia co najmniej jedną z poniższych metod:

- i. przetoczenie produktu krwiopochodnego,
- ii. czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego,
- iii. środki immunosupresyjne,
- iv. przeszczep szpiku kostnego.

W rozumieniu OWDU za Niedokrwistość aplastyczną nie uważa się izolowanej aplazji linii erytropoetycznej,

n) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.

W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy,

o) Operacja aorty – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania – Operacji aorty w przypadku:

- i. gdy do operacji aorty doszło w związku z przebyłym Urazem,
- ii. jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
- iii. operacji odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny,
- iv. przeszskórnej implantacji stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej,

p) Operacja mózgu – operacja przeprowadzona na mózgu, wykonana celem leczniczego usunięcia zmian tkanki mózgowej, z wyłączeniem łagodnych guzów mózgu. Przez operację mózgu nie jest rozumiane wykonanie biopsji mózgu,

q) Operacja wszczepienia zastawki serca – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu OWDU za Operację wszczepienia zastawki serca nie uważa się:

- i. operacji naprawczej,
- ii. rekonstrukcji zastawki,
- iii. plastyki zastawki,
- iv. walwulotomii,

r) Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – operacja przeprowadzana na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu OWDU za Operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

- i. zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- ii. każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu,
- iii. każdej innej operacji mającej na celu leczenie innych chorób serca,
- iv. zabiegów z użyciem technik torakoskopowych,

s) Postępująca twardzina układowa (sklerodermia uogólniona)

– układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem serca, płuc lub nerek, a rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza reumatologa lub dermatologa i potwierdzone pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu.

W rozumieniu OWDU za Postępującą twardzinę układową (sklerodermię uogólnioną) nie uważa się:

- i. twardziny ograniczonej (morphea),
- ii. zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym liniowych stwardnień powłok lub ograniczonych plam),
- iii. eozynofilowego zapalenia powięzi,
- iv. zespołu CREST,

t) Postępujące porażenie nadjądrowe (zespół Steele’a-Richardsona-Olszewskiego) – choroba neurodegeneracyjna z grupy tauopatii (grupy chorób spowodowanych nieprawidłowościami związanymi z mikrotubulami białka tau), objawiająca się zespołem parkinsonowskim i otępieniem.

Rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa w oparciu o kryteria podstawowe oraz dodatkowe („prawdopodobne” rozpoznanie można postawić, gdy spełnione są przynajmniej trzy kryteria dodatkowe, „możliwe” gdy spełnione są kryteria podstawowe oraz dwa kryteria dodatkowe).

Kryteria podstawowe:

- i. wiek powyżej 40 lat,
- ii. postępujący przebieg,
- iii. oftalmoplegia nadjądrowa.

Kryteria dodatkowe:

- i. częste upadki występujące od początku przebiegu choroby,
- ii. spowolnienie ruchowe i psychiczne,
- iii. dyzartria i (lub) dysfagia,
- iv. sztywność mięśni, zwłaszcza osiowa,
- v. zespół płata czołowego,

u) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.

W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu:

- i. narządu sztucznego,
- ii. fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa,

v) Schyłkowa niewydolność wątroby – całkowite i nieodwracalne upośledzenie funkcji wątroby, z występowaniem encefalopatii (śpiączki) wątrobowej, zaburzeń krzepnięcia, wodobrzusza, żółtaczki,

w) Schyłkowa niewydolność oddechowa – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- i. natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- ii. konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- iii. ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) poniżej 55 mmHg,
- iv. duszność spoczynkowa,



x) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, zdiagnozowana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez dwóch specjalistów w dziedzinie neurologii. Dla potwierdzenia diagnozy Ubezpieczony musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla Stwardnienia rozsianego wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu,

y) Śpiączka – spowodowany Chorobą, inną niż Poważne zachorowania wymienione w § 2 ust. 1 pkt 5) OWDU, lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

W rozumieniu OWDU za Śpiączkę nie uważa się stanu nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegającego z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagającego wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin powstałego wskutek użycia przez Ubezpieczonego alkoholu lub leków z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek świadomego samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub samookaleczenia się lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,

z) Tężec – zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (*Clostridium tetani*), poparte dodatnim wywiadem co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i anatoksyną,

aa) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, obejmujący:

- i. krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- ii. zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- iii. zawał tkanki mózgowej.

Diagnoza Udar mózgu musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, potwierdzających świeże zmiany w tkance mózgowej.

W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

- i. przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),
- ii. przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),
- iii. objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- iv. zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
- v. uszkodzenia mózgu spowodowanego Urazem (krwotoki pourazowe),
- vi. uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- vii. udaru mózgu zdiagnozowanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- viii. skutków choroby dekompresyjnej,

ix. uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem, **bb) Utrata kończyny** – całkowita i trwała utrata kończyny (na wysokości przedramienia, ramienia, podudzia lub uda) w wyniku Nieszczęśliwego wypadku skutkującego przeprowadzeniem koniecznej amputacji,

cc) Utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy (nie obejmująca przypadków utraty mowy spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych,

dd) Utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu spowodowana nagłym zachorowaniem lub Urazem (nie obejmująca przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym). Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez laryngologa,

ee) Utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub Urazem, (nie obejmująca przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę,

ff) Wirusowe zapalenia mózgu – zapalenie lub podrażnienie tkanki mózgowej spowodowane przez wirus,

gg) Zakażenie wirusem HIV – zakażenie, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego i dotyczyć osoby niechorującej na hemofilę. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,

hh) Zapalenie mózgu – jednoznaczna diagnoza zapalenia mózgu spowodowanego procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej, wywołanego zakażeniem bakteryjnym, prowadzącym do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu,

ii) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – jednoznaczna diagnoza zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych spowodowanego procesem zapalnym umiejscowionym w oponie miękkiej, wywołanego zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym, prowadzącym do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu,

jj) Zawał serca – pierwszorazowa martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

i. wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub



ii. w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

iii. w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału zdiagnozowanego jako przebyty przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia dodatkowego na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych,

6) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego,

7) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej a przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego Poważnego zachorowania.

3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań występujących w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU

dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

3. Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu Ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

4. Zgłoszenie przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, oznacza brak zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu traktowane to jest jako wyrażenie zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6 OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, jeżeli Poważne zachorowanie:

1) miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 3 OWDU, lub

2) było skutkiem choroby, która:

a) została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 3 OWDU, albo

b) wystąpiła w okresie 6 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 3 OWDU.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 3 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.



o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi) chyba, że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – wystąpienia Poważnego zachorowania.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres pięciu lat, z zastrzeżeniem ust. 2, ust. 4 oraz ust. 6 poniżej.

2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej w przypadku gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej i w takim przypadku nie ma zastosowania ust. 6 poniżej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2 OWDU, rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) z ostatnim dniem okresu na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte zgodnie z postanowieniami ust. 1 powyżej lub przedłużone zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej,

3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

9) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia,

10) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 4 pkt 4) i pkt 5) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem ochrony na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

6. Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego do dnia upływu pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego, przy czym w przypadku przedłużenia Ubezpieczenia dodatkowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z dni określonych w ust. 4 powyżej, który wystąpi jako pierwszy, z wyłączeniem ostatniego dnia okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte.

7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6 powyżej może być złożone przed upływem każdego pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2–3 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania należy dołączyć:

1) kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu, osoby składającej wniosek,

2) dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym:

a) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest zarejestrowany, leczony, oraz

b) w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania następujące dokumenty potwierdzające jego wystąpienie:

i. w przypadku Bakteryjnego zapalenia mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Choroby; dokumentację medyczną, w tym wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego,

ii. w przypadku Choroby Alzheimera – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Choroby Alzheimera oraz dokumentację medyczną,

iii. w przypadku Choroby Creutzfeldta-Jakoba – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz dokumentację medyczną,

iv. w przypadku Choroby Leśniowskiego-Crohna – opinię lekarza gastrologa, stwierdzającą diagnozę Choroby Leśniowskiego-Crohna oraz dokumentację medyczną,

v. w przypadku Choroby Parkinsona – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Choroby oraz dokumentację medyczną,



vi. w przypadku Choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego) – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Choroby neuronu ruchowego oraz dokumentację medyczną,

vii. w przypadku Ciężkich oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurga, zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, stopień oparzenia oraz dokumentację medyczną dotyczącą zastosowanego leczenia,

viii. w przypadku Ciężkiej Sepsy – dokumentację medyczną wystawioną przez Szpital, w którym było prowadzone leczenie,

ix. w przypadku Cukrzycy Typu I (insulinozależnej) – opinię lekarza diabetologa, stwierdzającą diagnozę Choroby oraz dokumentację medyczną,

x. w przypadku Dystrofii mięśniowej – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Choroby oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki laboratoryjne, biopsję mięśnia i elektromiografię (EMG),

xi. w przypadku Gruźlicy płuc – dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego potwierdzającą wystąpienie Choroby; dodatni wynik próby tuberkulinowej (odczyn skórny Mantoux); badanie radiologiczne potwierdzające zmiany w płucach; dodatni wynik badania płwociny na obecność prątków Kocha; dokumenty potwierdzające zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia,

xii. w przypadku Łagodnego nowotworu mózgu – opinię lekarza onkologa, stwierdzającą diagnozę Łagodnego nowotworu mózgu oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki badań histopatologicznych,

xiii. w przypadku Niedokrwistości aplastycznej – opinię lekarza hematologa, stwierdzającą diagnozę tego stanu chorobowego oraz wynik morfologii krwi (liczba reticulocytów ≤ 20000 na milimetr sześcienny, neutrofilów ≤ 500 na milimetr sześcienny, płytek krwi ≤ 20000 na milimetr sześcienny) i wynik biopsji aspiracyjnej i trepanobiopsji szpiku,

xiv. w przypadku Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

xv. w przypadku Operacji aorty – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xvi. w przypadku Operacji mózgu – dokumentację medyczną potwierdzającą przebycie operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xvii. w przypadku Operacji wszczepienia zastawki serca – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xviii. w przypadku Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego – dokumentację medyczną potwierdzającą przebycie operacji Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xix. w przypadku Postępującej twardziny układowej (sklerodermii uogólnionej) – opinię lekarza reumatologa lub dermatologa, stwierdzającą diagnozę Postępującej twardziny układowej (sklerodermii uogólnionej) wraz z wynikami biopsji i badań serologicznych,

xx. w przypadku Postępującego porażenia nadjądrowego – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Postępującego porażenia nadjądrowego oraz dokumentację medyczną,

xxi. w przypadku Przeszczepu narządu – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xxii. w przypadku Schyłkowej niewydolności wątroby – opinię lekarza hepatologa, stwierdzającą diagnozę Schyłkowej niewydolności wątroby oraz dokumentację medyczną,

xxiii. w przypadku Schyłkowej niewydolności oddechowej – opinię lekarza pulmonologa, stwierdzającą diagnozę Schyłkowej niewydolności oddechowej oraz dokumentację medyczną,

xxiv. w przypadku Stwardnienia rozsianego – dwie niezależne opinie lekarzy neurologów, potwierdzające diagnozę i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania oraz wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,

xxv. w przypadku Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, diagnozą i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania deficytów neurologicznych,

xxvi. w przypadku Tężca – opinię lekarza, stwierdzającą diagnozę Tężca oraz dokumentację medyczną,

xxvii. w przypadku Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

xxviii. w przypadku Utraty kończyny – dokumentację medyczną z zabiegu operacyjnego polegającego na amputacji kończyny,

xxix. w przypadku Utraty mowy – opinię lekarza laryngologa, stwierdzającą Utratę mowy wraz z dokumentacją medyczną,

xxx. w przypadku Utraty słuchu – opinię lekarza laryngologa, stwierdzającą Utratę słuchu wraz z dokumentacją medyczną (w tym badaniami audiometrycznymi),

xxxi. w przypadku Utraty wzroku – opinię lekarza okulisty, stwierdzającą Utratę wzroku wraz z dokumentacją medyczną,

xxxii. w przypadku Wirusowego zapalenia mózgu – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą Wirusowe zapalenie mózgu wraz z dokumentacją medyczną,

xxxiii. w przypadku Zakażenia wirusem HIV – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Zakażenia wirusem HIV wraz z pozytywnymi wynikami dwóch testów: testu na przeciwciała anti-HIV oraz testu Western Blot lub PCR,

xxxiv. w przypadku Zapalenia mózgu – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Zapalenia mózgu oraz dokumentację medyczną,

xxxv. w przypadku Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz dokumentację medyczną,

xxxvi. w przypadku Zawału Serca – dokumentację medyczną, zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących zmian w zapisie elektrokardiograficznym, charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

3. W celu ustalenia zasadności roszczenia lub określenia jego wysokości Towarzystwo ma prawo:

- 1)** zwrócić się do Ubezpieczonego o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji,
- 2)** skierować Ubezpieczonego na badania medyczne i konsultacje lekarskie w zakładach opieki zdrowotnej i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.



§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem

1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO
BRP-0617**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO BRP-0617

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0617 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanym dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Nowotworu złośliwego (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 55 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym na czynnik chorobotwórczy: bakterię, wirusa lub pasożyta.

2) **Dzień wystąpienia Nowotworu złośliwego** – potwierdzona w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego data oceny preparatu przez lekarza histopatologa, podczas której po raz pierwszy zdiagnozowano Nowotwór złośliwy.

3) **Nowotwór złośliwy** – Choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Diagnoza Nowotworu złośliwego musi być potwierdzona dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji

TNM (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm; (stopień zaawansowania wg Clarka > 4)),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego Nowotworu złośliwego.

3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Nowotworu złośliwego.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Nowotworów złośliwych występujących w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

3. Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

4. Zgłoszenie przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, oznacza brak zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu



traktowane to jest jako wyrażenie zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6 OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

- 1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,
 - 2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Nowotwór złośliwy został zdiagnozowany lub był leczony w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 3 OWDU albo w okresie 6 miesięcy od tego dnia.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres pięciu lat, z zastrzeżeniem ust. 2, ust. 4 oraz ust. 6 poniżej.

2. Z zachowaniem postanowień ust. 4 poniżej, w przypadku gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej i w takim przypadku nie ma zastosowania ust. 6 poniżej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:

- 1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo
 - 2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:
- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
 - 2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte zgodnie z postanowieniami ust. 1 powyżej albo przedłużone zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej,
 - 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,
 - 5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,
 - 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia

Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

9) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia,

10) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 4 pkt 4) i pkt 5) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

6. Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego do dnia upływu pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego, przy czym w przypadku przedłużenia Ubezpieczenia dodatkowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z dni określonych w ust. 4 powyżej, który wystąpi jako pierwszy, z wyłączeniem ostatniego dnia okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte.

7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, może być złożone przed upływem każdego pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 – 3 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu, osoby składającej wniosek,

2) dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym:

a) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest zarejestrowany, leczony, oraz

b) opinię lekarza onkologa stwierdzającą diagnozę Nowotworu złośliwego oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki badań histopatologicznych.

3. W celu ustalenia zasadności roszczenia lub określenia jego wysokości Towarzystwo ma prawo:

1) zwrócić się do Ubezpieczonego o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji,

2) skierować Ubezpieczonego na badania medyczne i konsultacje



lekarskie w zakładach opieki zdrowotnej i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna

Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO O SYMBOLU BRP-0617

§ 1

Na podstawie niniejszego paragrafu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0617 (zwanych dalej OWDU), zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. i mających zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym, dotychczasowy § 1 ust. 4 OWDU otrzymuje następujące brzmienie: „Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wieku Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 60 lat.”.

§ 2

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia OWDU, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 5/10/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 9 października 2018 r. wchodzi w życie z dniem 9 października 2018 r. i ma zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Nowotworu złośliwego, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 grudnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO
BRP-0717**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO BRP-0717

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Leczenia Nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0717 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanymi dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Leczenia Nowotworu złośliwego (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 55 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym na czynnik chorobotwórczy: bakterię, wirusa lub pasożyta.

2) **Dzień wystąpienia Nowotworu złośliwego** – potwierdzona w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego data oceny preparatu przez lekarza histopatologa, podczas której po raz pierwszy zdiagnozowano Nowotwór złośliwy.

3) **Leczenie Nowotworu złośliwego** – zastosowanie po raz pierwszy w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego wobec Ubezpieczonego którejkolwiek z metod leczenia określonych w pkt a) – c) poniżej, pod warunkiem, że ich zastosowanie nastąpiło po upływie 6 miesięcy od dnia początku Okresu ubezpieczenia dodatkowego:

a) **Chemioterapia** – metoda ogólnoustrojowego leczenia Nowotworu złośliwego za pomocą leków cytostatycznych w celu wyleczenia; wydłużenia przeżycia, ale bez możliwości całkowitego wyleczenia, lub jako leczenia paliatywnego (łagodzącego objawy Nowotworu złośliwego). Za Leczenie Nowotworu złośliwego przez zastosowanie Chemioterapii uznaje się podanie w każdym kolejnym roku Okresu

ubezpieczenia dodatkowego pierwszej dawki leku.

b) **Radioterapia** – metoda leczenia Nowotworu złośliwego oraz łagodzenia bólu związanego z rozsianym procesem nowotworowym z wykorzystaniem promieniowania jonizującego z zastosowaniem w leczeniu Ubezpieczonego jednej z następujących form radioterapii: radioterapia radykalna (mająca na celu napromieniowanie guza lub jego okolicy w celu jego zniszczenia); radioterapia paliatywna (mająca na celu łagodzenie bólu spowodowanego Nowotworem złośliwym, w przypadku, gdy wyleczenie pacjenta jest już niemożliwe); radioterapia objawowa (mająca na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych spowodowanych przerzutami). Za Leczenie Nowotworu złośliwego przez zastosowanie Radioterapii uznaje się podanie w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego pierwszej dawki promieniowania jonizującego.

c) **Operacja onkologiczna** – metoda leczenia Nowotworu złośliwego oraz łagodzenia bólu związanego z rozsianym procesem nowotworowym z wykorzystaniem zabiegu operacyjnego z zastosowaniem w leczeniu Ubezpieczonego jednej z następujących form operacji: operacja radykalna (zabieg mający na celu całkowite wyleczenie Choroby, najczęściej polegający na szerokim wycięciu narządów bądź dużej części pojedynczego narządu); operacja paliatywna (mająca na celu łagodzenie dolegliwości bólowych i poprawę stanu chorego, nie usuwająca właściwej przyczyny dolegliwości). W rozumieniu OWDU za Operację onkologiczną nie uważa się operacji zwiadowczych. Za Leczenie Nowotworu złośliwego przez zastosowanie Operacji onkologicznej uznaje się przeprowadzenie w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego pierwszej operacji radykalnej lub operacji paliatywnej.

4) **Nowotwór złośliwy** – Choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Diagnoza Nowotworu złośliwego musi być potwierdzona dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm; (stopień zaawansowania wg Clarka > 4)),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

5) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka,



leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Leczenie Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku Leczenia Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy dzień Leczenia Nowotworu złośliwego, o ile Leczenie Nowotworu złośliwego zostało przeprowadzone w Szpitalu.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby zastosowanych Leczeń Nowotworu złośliwego w ramach tego samego Leczenia Nowotworu złośliwego w tym samym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku ponownego zastosowania u Ubezpieczonego tego samego Leczenia Nowotworu złośliwego w tym samym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

3. Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

4. Zgłoszenie przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, oznacza brak zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu traktowane to jest jako wyrażenie zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6 OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zastosowania u Ubezpieczonego Leczenia Nowotworu złośliwego, jeżeli:

1) Leczenie Nowotworu złośliwego nie miało miejsca w Szpitalu,

2) Leczenie Nowotworu złośliwego rozpoczęło się w ciągu pierwszych 6 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku jednoczesnego zastosowania w tym samym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego Leczenia Nowotworu złośliwego w postaci Radioterapii lub Operacji onkologicznej lub Chemioterapii, Towarzystwo wypłaci tylko jedno Świadczenie.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres pięciu lat, z zastrzeżeniem ust. 2, ust. 4 oraz ust. 6 poniżej.

2. Z zachowaniem postanowień ust. 4 poniżej w przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej i w takim przypadku nie ma zastosowanie ust. 6 poniżej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) z ostatnim dniem okresu na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte zgodnie z postanowieniami ust. 1 powyżej albo przedłużone zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej,

3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,



6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 4 pkt 4) i pkt 5) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

6. Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego do dnia upływu pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego, przy czym w przypadku przedłużenia Ubezpieczenia dodatkowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu

Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z dni określonych w ust. 4 powyżej, który nastąpi jako pierwszy, z wyłączeniem ostatniego dnia okresu na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte.

7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6 powyżej może być złożone przed upływem każdego pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu zastosowania Leczenia Nowotworu złośliwego u Ubezpieczonego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu, osoby składającej wniosek,

2) dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym:

a) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

b) dokumentację medyczną potwierdzającą Leczenie Nowotworu złośliwego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO O SYMBOLU BRP-0717

§ 1

Na podstawie niniejszego paragrafu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Leczenia Nowotworu złośliwego o symbolu BRP-0717 (zwanym dalej OWDU), zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. i mających zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym, dotychczasowy § 1 ust. 4 OWDU otrzymuje następujące brzmienie: „Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 60 lat.”.

§ 2

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia OWDU, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 5/10/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 9 października 2018 r. wchodzi w życie z dniem 9 października 2018 r. i ma zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Leczenia Nowotworu złośliwego, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 grudnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO
WYPADKU**

BRP-0817

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-0817

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0817 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanym dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku może nastąpić tylko wtedy, gdy nie nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-0917.

5. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wieku Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 65 lat.

6. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

2) **Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień przypadający w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku jednodniowego Pobytu w Szpitalu – dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala musi być

dniem następującym po dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala; każdy kolejny rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

4) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (Pobyt w Szpitalu)** – okres udokumentowanej hospitalizacji Ubezpieczonego, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, którego celem jest leczenie następstw Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

5) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

a) szpitala psychiatrycznego,

b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej, rekonwalescencyjnej lub paliatywnej,

d) hospicjum,

e) domu opieki,

f) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

6) **Uraz** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

7) **Zasiłek dzienny** – potwierdzona w Polisie kwota pieniężna stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu jednego Dnia Pobytu w Szpitalu.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.



§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku Pobytu w Szpitalu w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie, którego wysokość oblicza się jako iloczyn:

1) kwoty Zasiłku dziennego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej, i

2) udokumentowanej, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 2 pkt 2) lit. a) OWDU, liczby Dni Pobytu w Szpitalu.

4. Jeżeli Pobyt w Szpitalu rozpoczął się w danym Roku ubezpieczenia, trwał nieprzerwanie i zakończył się w kolejnym Roku ubezpieczenia – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za dni Pobytu w Szpitalu przypadające w kolejnym Roku ubezpieczenia, gdzie kwota Zasiłku dziennego będzie uwzględniała podwyższenie Składki regularnej o wskaźnik indeksacji, mającej wpływ na wysokość Zasiłku dziennego, o ile indeksacja zostanie dokonana zgodnie z postanowieniami OWU.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej wypłacane jest przez Towarzystwo jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) Pobyt w Szpitalu rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) hospitalizacja Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie co najmniej jeden Dzień Pobytu w Szpitalu,

4) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Pobylem w Szpitalu.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego, w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu

w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,

4) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

5) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

6) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi) chyba, że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających chyba, że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

7) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

1) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,

2) nosicielstwem wirusa HIV i leczeniem wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełno-objawowego AIDS,

3) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,

4) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,

5) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,



- 6) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - 7) leczeniem następstw skażenia jonizującego,
 - 8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 9) zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,
 - 10) pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 11) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 12) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
4. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 Dni Pobytu w Szpitalu na tym oddziale, w każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 Dni Pobytu w Szpitalu w każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego wypłaty Świadczenia za ilość Dni Pobytu w Szpitalu określoną odpowiednio w ust. 4 lub ust. 5 powyżej, a Pobyt w Szpitalu, o którym mowa odpowiednio w ust. 4 lub ust. 5 powyżej w ostatnim Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego rozpoczął się przed końcem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te Dni Pobytu w Szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu Okresu ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 4 i ust. 5 powyżej.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:
- 1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo
 - 2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:
- 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
 - 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy

- ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,
- 4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,
 - 5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
 - 8) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 2 pkt 3) i pkt 4) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:
- 1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,
 - 2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:
- 1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,
 - 2) dokumentację związaną z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu:
 - a) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
 - b) kopię skierowania do Szpitala, o ile zostało wystawione,
 - c) dokument potwierdzający, że Pobyt w Szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem:
 - i) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,
 - ii) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,
 - 3) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.



§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem

1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU
W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY
BRP-0917**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 5, § 6



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY BRP-0917

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby o symbolu BRP-0917 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanymi dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby może nastąpić tylko wtedy, gdy nie nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0817.

5. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 18 lat oraz nie więcej niż 60 lat.

6. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

2) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący Chorobę Ubezpieczonego).

3) **Dzień Pobytu w Szpitalu** – dzień przypadający w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu w celu leczenia

następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

4) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

5) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby (Pobyt w Szpitalu)** – okres udokumentowanej hospitalizacji Ubezpieczonego, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, którego celem jest leczenie następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

6) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej a przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

a) szpitala psychiatrycznego,

b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej lub paliatywnej,

d) hospicjum,

e) domu opieki,

f) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

7) **Uraz** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

8) **Zasiłek dzienny** – potwierdzona w Polisie kwota pieniężna stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu jednego Dnia Pobytu w Szpitalu.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.



§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, oraz

2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby.

3. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie, którego wysokość oblicza się jako iloczyn:

1) kwoty Zasiłku dziennego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej, i

2) udokumentowanej, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 2 pkt 2) ppkt a) OWDU, liczby Dni Pobytu w Szpitalu.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej wypłacane jest przez Towarzystwo, jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej jeden Dzień Pobytu w Szpitalu, z zastrzeżeniem że: w przypadku jednodniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala musi być dniem następującym po dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala; każdy kolejny rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny,

4) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem u Ubezpieczonego a Pobylem w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

5. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Okresie ubezpieczenia dodatkowego w następstwie Choroby, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie, którego wysokość oblicza się jako iloczyn:

1) kwoty Zasiłku dziennego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej, i

2) udokumentowanej, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 2 pkt 2) ppkt a) OWDU, liczby Dni Pobytu w Szpitalu.

6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5 powyżej, jest przez Towarzystwo wypłacane, jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 2 Dni Pobytu w Szpitalu. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

7. Jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby rozpoczął się w danym Roku ubezpieczenia, trwał nieprzerwanie i zakończył się w kolejnym Roku ubezpieczenia – Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie za dni Pobytu w Szpitalu przypadające w kolejnym Roku ubezpieczenia, gdzie kwota Zasiłku dziennego będzie uwzględniała podwyższenie Składki regularnej

o wskaźnik indeksacji, mającej wpływ na wysokość Zasiłku dziennego, o ile indeksacja zostanie dokonana zgodnie z postanowieniami OWU.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

3. Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

4. Zgłoszenie przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, oznacza brak zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu traktowane to jest jako wyrażenie zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 7 OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 3 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę,



usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,

4) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

5) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

6) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

7) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

1) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 3 OWDU lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 4 OWDU,

2) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,

3) nosicielstwem wirusa HIV i leczeniem wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełno-objawowego AIDS,

4) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,

5) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,

6) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,

7) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,

8) leczeniem następstw skażenia jonizującego,

9) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

10) zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

11) pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,

12) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,

13) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

14) leczeniem lub zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba, że chodziło o zlecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku.

4. Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno ze Świadczeń, o których mowa § 3 ust. 3 i ust. 5 OWDU.

5. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 Dni Pobytu w Szpitalu na tym oddziale w każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 Dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w każdym kolejnym Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.

7. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego wypłaty Świadczenia za ilość Dni Pobytu w Szpitalu określoną odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6 powyżej, a Pobyt w Szpitalu, o którym mowa odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6 powyżej w ostatnim Roku ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia dodatkowego rozpoczął się przed końcem Okresu ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po zakończeniu Okresu ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te Dni Pobytu w Szpitalu, które miały miejsce po zakończeniu Okresu ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 5 i ust. 6 powyżej.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres pięciu lat, z zastrzeżeniem ust. 2, ust. 5 oraz ust. 7 poniżej.

2. Z zachowaniem postanowień ust. 5 poniżej w przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej i w takim przypadku nie ma zastosowania ust. 7 poniżej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczyna się:

1) po upływie 30 dni od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo



2) po upływie 30 dni od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) z ostatnim dniem okresu, na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte zgodnie z postanowieniami ust. 1 powyżej lub przedłużone zgodnie z postanowieniami ust. 7 poniżej,

3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 5 pkt 4) i pkt 5) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

7. Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła

oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego do dnia upływu pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego, przy czym w przypadku przedłużenia Ubezpieczenia dodatkowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z dni określonych w ust. 5 powyżej, który wystąpi jako pierwszy, z wyłączeniem ostatniego dnia okresu na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte.

8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 7 powyżej, może być złożone przed upływem każdego pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby należy dołączyć:

i) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) dokumentację związaną z Pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu:

a) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

b) kopię skierowania do Szpitala, o ile zostało wystawione,

c) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dodatkowo dokument potwierdzający, że Pobyt w Szpitalu spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem:

i) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

ii) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,

3) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ
BRP-1017**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5, § 6



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ BRP-1017

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznej o symbolu BRP-1017 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanym dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Operacji chirurgicznej (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 55 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połoгу.

2) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany, jako Choroba lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący Chorobę Ubezpieczonego).

3) **Hospitalizacja** – udokumentowany, stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym Szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego.

4) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

5) **Operacja chirurgiczna** – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych,

o której mowa w pkt 6) poniżej, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Ubezpieczonym, przez uprawnionego do tego, na podstawie przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym Szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium Szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego i miał na celu leczenie skutków Choroby lub następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością Hospitalizacji.

6) **Tabela operacji chirurgicznych** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 5) powyżej Operację chirurgiczną, umieszczone w Załączniku nr 1 do OWDU, zawierające katalog Operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości Świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu Operacji chirurgicznej, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

7) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniająca 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu OWDU za Szpital nie uważa się:

a) szpitala psychiatrycznego,

b) szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej lub paliatywnej,

d) hospicjum,

e) domu opieki,

f) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Operację chirurgiczną w następstwie



Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych, która stanowi Załącznik nr I do OWDU, odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie.

4. W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

3. Towarzystwo proponuje nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego na 30 dni przed upływem Okresu Ubezpieczenia dodatkowego, na jaki zawarte jest Ubezpieczenie dodatkowe, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

4. Zgłoszenie przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, oznacza brak zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego.

5. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu traktowane to jest jako wyrażenie zgody na zaproponowaną przez Towarzystwo nową wysokość Składki ochronnej dobrowolnej, jak również na przedłużenie Ubezpieczenia dodatkowego na następny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 6 ust. 7 OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed Dniem początku

odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 3 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samookaleceniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,

4) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

5) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

6) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi) chyba, że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających chyba, że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

7) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 3 OWDU lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, określonym zgodnie z postanowieniami w § 6 ust. 4 OWDU,

2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,



- 3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
 - 4) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - 5) leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,
 - 6) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.
4. W przypadku Operacji chirurgicznej mającej miejsce w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli ta Operacja chirurgiczna miała miejsce w 31 dniu lub kolejnych dniach nieprzerwanej Hospitalizacji Ubezpieczonego w tym – odpowiednio Szpitalu, ośrodku lub oddziale.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych, mających miejsce w tym roku Okresu ubezpieczenia dodatkowego.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych, stanowiącej Załącznik nr I do OWDU, ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
7. W przypadku drugiej lub kolejnej Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta Operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.
8. W przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych mających miejsce w czasie jednej Hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za Operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe Świadczenie.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres pięciu lat, z zastrzeżeniem ust. 2, ust. 5 oraz ust. 7 poniżej.
2. Z zachowaniem postanowień ust. 5 poniżej w przypadku, gdy Umowa podstawowa jest zawierana na okres krótszy niż 5 lat, Ubezpieczenie dodatkowe jest zawierane na okres obowiązywania Umowy podstawowej i w takim przypadku nie ma zastosowania ust. 7 poniżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Operacji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, rozpoczyna się:
 - 1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo
 - 2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Operacji w następstwie Choroby, rozpoczyna się:
 - 1) po upływie 90 dni od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

- 2) po upływie 90 dni od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:
 - 1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
 - 2) z ostatnim dniem okresu na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte zgodnie z postanowieniami ust. 1 powyżej lub przedłużone zgodnie z postanowieniami ust. 7 poniżej,
 - 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,
 - 5) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,
 - 6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 7) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 8) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,
 - 9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 5 pkt 4) i pkt 5) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:
 - 1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany z umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,
 - 2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.
7. Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na kolejny pięcioletni Okres ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli żadna ze stron nie złożyła oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Ubezpieczenia dodatkowego do dnia upływu pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego, przy czym w przypadku przedłużenia Ubezpieczenia dodatkowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w tym z dni określonych w ust. 5 powyżej, który wystąpi jako pierwszy, z wyłączeniem ostatniego dnia okresu na jaki Ubezpieczenie dodatkowe zostało zawarte.
8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 7 powyżej może być złożone przed upływem każdego pięcioletniego Okresu ubezpieczenia dodatkowego.



§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 - 5 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

3) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

3. W przypadku Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Operacji chirurgicznej należy dołączyć dodatkowo:

1) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

2) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej.

4. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) wartości procentowe określone w Tabeli operacji chirurgicznych, stanowiącej Załącznik nr I do OWDU.

5. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli operacji chirurgicznych przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ZAŁĄCZNIK NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ O SYMBOLU BRP-1017

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Grupa A 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

L.p.	Nazwa procedury	Grupa
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	A
12	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	A
13	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	A
14	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	A
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
16	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
17	Operacja naprawcza przełyku	A
18	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
19	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	A
20	Operacja szyszynki	A
21	Operacja ślimaka	A
22	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	A
23	Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego)	A
24	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	A
25	Otwarcie czaszki	A
26	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	A
27	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	A
28	Otwarta walwulotomia	A
29	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	A
30	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	A
31	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	A
32	Plastyka aorty	A
33	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	A
34	Plastyka przedsionka serca	A
35	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
36	Plastyka zastawki trójdzielnej	A
37	Przeszczep nerwu czaszkowego	A
38	Przeszczep płuc i serca	A
39	Przeszczep płuca lub przeszczep serca	A
40	Przeszczep trzustki	A
41	Przeszczep wątroby	A
42	Rekonstrukcja krtani	A
43	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
44	Rekonstrukcja opony twardej	A
45	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
46	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
47	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
48	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
49	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
50	Rewizja plastyki zastawki serca	A
51	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
52	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	A
53	Usunięcie zmiany opony mózgu	A
54	Walwuloplastyka aortalna	A
55	Walwuloplastyka mitralna	A
56	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	A
57	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	A
58	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	A
59	Wszczepienie protezy kończyny	A
60	Wycięcie gardła	A
61	Wycięcie esicy	A
62	Wycięcie głowy trzustki	A
63	Wycięcie jelita czczego	A
64	Wycięcie jelita krętego	A
65	Wycięcie krtani	A
66	Wycięcie odbytnicy	A
67	Wycięcie osierdza	A
68	Wycięcie płuca	A
69	Wycięcie przełyku i żołądka	A
70	Wycięcie przysadki mózgowej	A
71	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	A
72	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A
73	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	A
74	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	A
75	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	A
76	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
77	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu)	A
78	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (operacja na otwartym sercu)	A
79	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	A
80	Zespoleenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
81	Zespoleenie omijające przełyku	A
82	Zespoleenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
Grupa B 75% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
83	Amputacja prącia	B
84	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	B
85	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	B
86	Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka	B
87	Całkowita rekonstrukcja sutka	B
88	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	B
89	Całkowite wycięcie nerki	B
90	Całkowite wycięcie sutka	B
91	Częściowe wycięcie żołądka	B
92	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
93	Katarakta – usunięcie obustronne	B
94	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	B
95	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
96	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
97	Lewostronna hemikolektomia	B
98	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
99	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
100	Otwarta koronaroplastyka	B
101	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	B
102	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
103	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
104	Plastyka tchawicy	B
105	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną	B
106	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	B
107	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	B
108	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	B



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
I09	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	B
I10	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	B
I11	Przeszczep nerki	B
I12	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	B
I13	Resekcja poprzeczniczy	B
I14	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
I15	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	B
I16	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	B
I17	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	B
I18	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	B
I19	Wszczepienie stymulatora mózgu	B
I20	Wycięcie dwunastnicy	B
I21	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	B
I22	Wycięcie odbytu	B
I23	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B
I24	Wycięcie prostaty metodą otwartą	B
I25	Wycięcie przytarczyc	B
I26	Wycięcie tarczycy językowej	B
I27	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	B
I28	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	B
I29	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	B
I30	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	B
I31	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	B
I32	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	B
I33	Zniszczenie przysadki mózgowej	B
Grupa C 50% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
I34	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
I35	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
I36	Amputacja nosa	C
I37	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	C
I38	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	C
I39	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	C
I40	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	C
I41	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	C
I42	Częściowe usunięcie oskrzela	C
I43	Częściowe wycięcie nerki	C
I44	Częściowe wycięcie przełyku	C
I45	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
I46	Częściowe wycięcie wątroby	C
I47	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
I48	Gastrostomia	C
I49	Jejunostomia	C
I50	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
I51	Korekcja deformacji podniebienia	C
I52	Korekcja opadania powieki	C
I53	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	C
I54	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	C
I55	Nacięcie jajowodu	C
I56	Nacięcie moczowodu	C
I57	Nacięcie nerki	C
I58	Nacięcie okrężnicy	C
I59	Nacięcie przełyku	C
I60	Nacięcie przewodu żółciowego	C
I61	Obustronne wycięcie jąder	C
I62	Operacja aparatu przedsionkowego	C
I63	Operacja ciała szklistego	C
I64	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	C



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
165	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	C
166	Operacja dotycząca sieci	C
167	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
168	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
169	Operacja naprawcza gardła	C
170	Operacja naprawcza innej tętnicy	C
171	Operacja naprawcza moczowodu	C
172	Operacja naprawcza odbytu	C
173	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C
174	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C
175	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
176	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	C
177	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	C
178	Operacja przewodu limfatycznego	C
179	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
180	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
181	Operacja trąbki Eustachiusza	C
182	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	C
183	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	C
184	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	C
185	Operacyjna plastyka oczodołu	C
186	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
187	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
188	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
189	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
190	Proteżowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	C
191	Proteżowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	C
192	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	C
193	Przeszczep mięśnia	C
194	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	C
195	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	C
196	Przeznaczyniowa operacja aorty	C
197	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	C
198	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	C
199	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	C
200	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	C
201	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	C
202	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	C
203	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	C
204	Reimplantacja innego narządu	C
205	Reimplantacja kończyny dolnej	C
206	Reimplantacja kończyny górnej	C
207	Reimplantacja moczowodu	C
208	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
209	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
210	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
211	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
212	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
213	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	C
214	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
215	Rewizja zespolenia przełyku	C
216	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	C
217	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	C
218	Sympatektomia szyjna	C
219	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
220	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
221	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
222	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
223	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	C
224	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	C
225	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	C
226	Usunięcie zmiany kości	C
227	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	C
228	Usunięcie zmiany oczodołu	C
229	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	C
230	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	C
231	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	C
232	Usunięcie zmiany przelyku metodą otwartą	C
233	Usunięcie zmiany ucha środkowego	C
234	Usunięcie zmiany wątroby	C
235	Wentrykulostomia	C
236	Wprowadzenie endoprotezy przelyku metodą otwartą	C
237	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	C
238	Wycięcie cewki moczowej	C
239	Wycięcie gałki ocznej	C
240	Wycięcie grasicy	C
241	Wycięcie innej tętnicy	C
242	Wycięcie języka	C
243	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	C
244	Wycięcie moczowodu	C
245	Wycięcie nadnercza	C
246	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	C
247	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	C
248	Wycięcie tarczycy	C
249	Wycięcie żuchwy	C
250	Wyłonienie jelita ślepego	C
251	Wytworzenie ileostomii	C
252	Wytworzenie przetoki przelykowej	C
253	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
254	Zamknięta walwulotomia	C
255	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
256	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	C
257	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
258	Zespolenie omijające jelita czczego	C
259	Zespolenie omijające jelita krętego	C
260	Zespolenie omijające okrężnicy	C
261	Zespolenie omijające przelyk	C
262	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C
263	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
264	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C
Grupa D 25% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
265	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	D
266	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	D
267	Brzuszną plastyką ujścia pęcherza u kobiety	D
268	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
269	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
270	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
271	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	D
272	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
273	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
274	Częściowe wycięcie jajowodu	D
275	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
276	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	D
277	Drenaż osierdzia	D
278	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	D



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
279	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
280	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
281	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	D
282	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	D
283	Inny stały sposób stymulacji serca	D
284	Jednostronne wycięcie jądra	D
285	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
286	Korekcja deformacji wargi	D
287	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	D
288	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
289	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
290	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
291	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	D
292	Nacięcie oczodołu	D
293	Nacięcie osierdzia	D
294	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	D
295	Nacięcie rogówki	D
296	Nacięcie tęczówki	D
297	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	D
298	Nacięcie twardówki	D
299	Nacięcie wątroby	D
300	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
301	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
302	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
303	Obustronne sprowadzenie jąder	D
304	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
305	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
306	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	D
307	Operacja antyrefluksowa	D
308	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	D
309	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	D
310	Operacja kaletki maziowej	D
311	Operacja najądrza	D
312	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
313	Operacja naprawcza czaszki	D
314	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	D
315	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	D
316	Operacja naprawcza rogówki	D
317	Operacja pęcherzyków nasiennych	D
318	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
319	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	D
320	Operacja wodniaka jądra	D
321	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
322	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
323	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	D
324	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
325	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	D
326	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	D
327	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
328	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
329	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
330	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
331	Plastyka nosa	D
332	Plastyka rogówki	D
333	Plastyka ucha zewnętrznego	D



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
334	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	D
335	Powiększenie pęcherza	D
336	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
337	Protezowanie gałki ocznej	D
338	Protezowanie jądra	D
339	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	D
340	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	D
341	Protezowanie ścięgna	D
342	Przełożenie ścięgna	D
343	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
344	Przeszczep płata śluzówki	D
345	Przeszczep powięzi	D
346	Przeszczep śluzówki	D
347	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
348	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	D
349	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	D
350	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	D
351	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	D
352	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
353	Przeszkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	D
354	Przeszkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	D
355	Przeszkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	D
356	Rekonstrukcja powieki	D
357	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
358	Rewizja ileostomii	D
359	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	D
360	Rewizja protezy gałki ocznej	D
361	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D
362	Rozdzielenie trzonu kości	D
363	Siatkowy autoprzeszczep skóry	D
364	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
365	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	D
366	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
367	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
368	Usunięcie zmiany twardówki	D
369	Usunięcie ciała rzęskowego	D
370	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	D
371	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
372	Usunięcie moszny	D
373	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	D
374	Usunięcie zmiany jądra	D
375	Usunięcie zmiany kręgosłupa	D
376	Usunięcie zmiany powięzi	D
377	Usunięcie zmiany prząca	D
378	Uwolnienie przykurczu mięśnia	D
379	Uwolnienie ścięgna	D
380	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	D
381	Wszczepienie protezy jajowodu	D
382	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
383	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	D
384	Wycięcie hemoroidów	D
385	Wycięcie kości twarzy	D
386	Wycięcie nerwu obwodowego	D
387	Wycięcie pochewki ścięgna	D
388	Wycięcie powięzi brzucha	D
389	Wycięcie sromu	D
390	Wycięcie szyjki macicy	D



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
391	Wycięcie ścięgna	D
392	Wycięcie ślinianki	D
393	Wycięcie tęczówki	D
394	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
395	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
396	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	D
397	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	D
398	Wycięcie zmiany odbytu	D
399	Wycięcie zmiany rogówki	D
400	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
401	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	D
402	Zespoleń przewodu trzustkowego	D
403	Zespoleń przewodu wątrobowego	D
404	Zespoleń tętniczo-żylny	D
405	Zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	D
406	Zmiana długości ścięgna	D
407	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
408	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
Grupa E 12,5% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
409	Amputacja palucha	E
410	Częściowe wycięcie jajnika	E
411	Częściowe wycięcie wargi	E
412	Drenaż kości	E
413	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
414	Drenaż przez okolicę krocza	E
415	Drenaż ucha środkowego	E
416	Drenaż ucha zewnętrznego	E
417	Drenaż węzła chłonny	E
418	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	E
419	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	E
420	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	E
421	Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy	E
422	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
423	Korekcja deformacji powieki	E
424	Korekcja deformacji podniebienia	E
425	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
426	Nacięcie gruczołu ślinowego	E
427	Nacięcie języka	E
428	Nacięcie kanału pochwy	E
429	Nacięcie powieki	E
430	Nacięcie spojówki	E
431	Nacięcie sutka	E
432	Nacięcie torebki soczewki oka	E
433	Nacięcie zrostów pochwy	E
434	Ochronne zeszyte szpary powiekowej	E
435	Operacja brodawki sutkowej	E
436	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
437	Operacja dotycząca pępka	E
438	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	E
439	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	E
440	Operacja gruczołu Bartholína	E
441	Operacja innego więzadła macicy	E
442	Operacja kanału łzowego	E
443	Operacja łechtaczki	E
444	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	E
445	Operacja na przewodach mlekośnych sutka	E
446	Operacja napletka	E
447	Operacja naprawcza jajnika	E



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
448	Operacja naprawcza pochwy	E
449	Operacja naprawcza spojówki	E
450	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
451	Operacja nerki przez nefrostomię	E
452	Operacja nosa zewnętrznego	E
453	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	E
454	Operacja plastyczna pochwy	E
455	Operacja plastyczna przącia	E
456	Operacja przegrody nosa	E
457	Operacja struktur okołostawowych palucha	E
458	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórniego	E
459	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	E
460	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	E
461	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
462	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
463	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
464	Operacja więzadła szerokiego macicy	E
465	Operacja zatoki czołowej	E
466	Operacja zatoki klinowej	E
467	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
468	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	E
469	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	E
470	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
471	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E
472	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	E
473	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	E
474	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
475	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwinięcia stawu	E
476	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
477	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	E
478	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
479	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
480	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
481	Plastyka przepukliny pępkowej	E
482	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
483	Plastyka sklepienia pochwy	E
484	Podwiązanie przewodu ślinowego	E
485	Poszerzenie przewodu ślinowego	E
486	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	E
487	Proteżowanie przącia	E
488	Przecięcie osierdzia	E
489	Przeszczepienie przewodu ślinowego	E
490	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	E
491	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	E
492	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	E
493	Rozdzielenie kości stopy	E
494	Rozdzielenie żuchwy	E
495	Stabilizacja żuchwy	E
496	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
497	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	E
498	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	E
499	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	E
500	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	E
501	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	E
502	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	E
503	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	E
504	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	E



L.p.	Nazwa procedury	Grupa
505	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
506	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
507	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	E
508	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	E
509	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	E
510	Usunięcie zmiany języka	E
511	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	E
512	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	E
513	Usunięcie zmiany pochwy	E
514	Usunięcie zmiany podniebienia	E
515	Usunięcie zmiany powieki	E
516	Usunięcie zmiany spojówki	E
517	Usunięcie zmiany ślinianki	E
518	Usunięcie zmiany wargi	E
519	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	E
520	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	E
521	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	E
522	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
523	Uwolnienie przykurczu stawu	E
524	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
525	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
526	Wyciąg szkieletowy kości	E
527	Wycięcie ciała rzęskowego	E
528	Wycięcie kości ektopowej	E
529	Wycięcie mięśnia	E
530	Wycięcie migdałków podniebiennych	E
531	Wycięcie nadmiaru powieki	E
532	Wycięcie nasieniowodu	E
533	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	E
534	Wycięcie pochwy	E
535	Wycięcie zmiany otrzewnej	E
536	Wycięcie zmiany sromu	E
537	Wycięcie zmiany szyjki macicy	E
538	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
539	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	E
540	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
541	Zniszczenie zmian wątrobowych przeznaczyniowo	E



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO Z PRZEJĘCIEM OPŁACANIA
SKŁADEK
BRP-1117**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO Z PRZEJĘCIEM OPŁACANIA SKŁADEK BRP-1117

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek o symbolu BRP-1117 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona Optima o symbolu BRP-0117 (zwanych dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci Ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczającego jest możliwe, jeżeli:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Wiek Ubezpieczającego wynosi nie mniej niż 18 lat oraz nie więcej niż 57 lat,

2) Okres ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej dla danego Ubezpieczonego wynosi co najmniej 10 lat (a jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony – okres ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej w stosunku do każdego z Ubezpieczonych wynosi co najmniej 10 lat),

3) Ubezpieczający dokonał rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o Ubezpieczenie dodatkowe wyłącznie w stosunku do Składki regularnej należnej za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczającego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący Chorobę Ubezpieczającego.

2) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczającego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący Chorobę Ubezpieczającego).

3) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

4) **Dzień przejęcia opłacania Składek regularnych** – pierwszy dzień wymagalności Składki regularnej należnej z tytułu Umowy ubezpieczenia następujący bezpośrednio po ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczającego.

5) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia

Ubezpieczającego, w następstwie którego Ubezpieczający zmarł.

6) **Okres przejęcia opłacania Składek regularnych** – okres rozpoczynający się w Dniu przejęcia opłacania Składek regularnych, w którym Towarzystwo opłaca Składkę regularną należną z tytułu Umowy ubezpieczenia, trwający maksymalnie 10 lat począwszy od Dnia przejęcia opłacania Składek regularnych, nie dłużej jednak niż do dnia, który wystąpi jako pierwszy zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 2 pkt 1), 5) i 7) OWDU.

7) **Okres ubezpieczenia dodatkowego** – okres obejmowania Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWDU, liczony od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego albo od Rocznicy ubezpieczenia, na którą rozszerzono zakres odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z postanowieniami § 1 ust. 3 pkt 2) OWDU o zakres Ubezpieczenia dodatkowego do wcześniejszego z dni:

a) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 2 OWDU,

b) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w stosunku do Ubezpieczonego (a w przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony w ramach Umowy ubezpieczenia – w stosunku do danego Ubezpieczonego, którego Okres ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest najdłuższy w ramach danej Umowy ubezpieczenia), z zastrzeżeniem, że w przypadku gdy Okres ubezpieczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia jest dłuższy niż 25 lat – okres Ubezpieczenia dodatkowego trwa maksymalnie 25 lat.

W Okresie ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek ochronnych dobrowolnych za Ubezpieczenie dodatkowe.

8) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące:

a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem:

i. pojazdów używanych do celów specjalnych,

ii. motocykli,

iii. motorowerów,

iv. innych pojazdów jednośladowych,

bądź

b) pojazdem szynowym.

9) **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych. W rozumieniu OWDU za statek morski lub śródlądowy nie uważa się: statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

10) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

11) **Wiek** – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczającego.

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.



§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje śmierć Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku śmierci Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazanych w § 5 OWDU oraz z zachowaniem postanowień ust. 5 poniżej, Towarzystwo przejmie opłacanie należnych Składek regularnych z tytułu Umowy ubezpieczenia, poczynając od Dnia przejścia opłacania Składek regularnych, do końca Okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej (a jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony – do końca najdłuższego Okresu ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej) nie dłużej jednak niż na okres 10 lat od Dnia przejścia opłacania Składek regularnych,

4. W przypadku uznania roszczenia o Świadczenie, przy czym za uznanie roszczenia uznaje się również zawarcie ugody z uprawnionym oraz prawomocne orzeczenie sądu, Towarzystwo przejmie opłacanie Składek regularnych w okresie przejścia opłacania Składek regularnych, począwszy od Dnia przejścia opłacania Składek regularnych, przy czym:

1) najpóźniej w okresie 7 dni roboczych od dnia uznania roszczenia o Świadczenie, Towarzystwo dokona jednorazowej wypłaty sumy Składek regularnych należnych za okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego,

2) Towarzystwo będzie opłacało należne Składki regularne w Dniach wymagalności Składki regularnej. Wysokość Składki regularnej, której opłacanie przejmuje Towarzystwo jest zgodna z wysokością Składki regularnej aktualnej na Dzień przejścia opłacania Składki regularnej należnej i opłaconej przez Ubezpieczającego.

5. W przypadku uznania roszczenia o Świadczenie, przy czym za uznanie roszczenia uznaje się również zawarcie ugody z uprawnionym oraz prawomocne orzeczenie sądu, wysokość Składki regularnej oraz sum ubezpieczenia w Ubezpieczeniu podstawowym i Ubezpieczeniach dodatkowych nie ulega zmianie, począwszy od pierwszego Dnia wymagalności Składki regularnej przypadającego po Dniu przejścia opłacania Składek regularnych.

6. Składka regularna opłacona przez Towarzystwo w Okresie przejścia opłacania Składek regularnych nie jest zwracana spadkobiercom Ubezpieczającego w przypadku zwrotu Składek regularnych za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

7. Składki regularne opłacane przez Towarzystwo w Okresie przejścia opłacania Składek regularnych w okresie przypadającym po dniu uznania roszczenia przez Towarzystwo, przekazywane są bezpośrednio na numer rachunku bankowego przypisany Umowie ubezpieczenia, której dotyczy przejście opłacania Składek regularnych.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczającego, jeżeli śmierć Ubezpieczającego zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczającego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczającego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwem Ubezpieczającego popełnionego w okresie 2 lat od dnia odpowiednio zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego, objęcia danego Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczającego,

4) Chorobą, która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia, zastosowania leków w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,

5) obrażeniami ciała powstałymi w następstwie Niez szczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, ustalonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1 OWDU,

6) Pozostawianiem przez Ubezpieczającego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi) chyba, że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczający odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) prowadzeniem przez Ubezpieczającego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczającego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że prowadzenie przez Ubezpieczającego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego bez posiadanych przez Ubezpieczającego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

8) prowadzeniem przez Ubezpieczającego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego,



Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak aktualnego badania technicznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego nie miały wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku spełnienia warunku określonego w § 1 ust. 4 pkt 3) OWDU odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia dodatkowego,

2) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

3) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

4) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

5) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczający ukończył 67 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości.

6) w dniu śmierci Ubezpieczającego,

7) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 2 pkt 2) i pkt 3) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:

1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności

na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej,

– za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo realizuje na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia, złożonego przez Ubezpieczonego (a w przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony w ramach Umowy ubezpieczenia - któregokolwiek z Ubezpieczonych na rzecz którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe), na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczającego,

3) dokumenty informujące o przyczynie śmierci Ubezpieczającego:

a) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon),

b) adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczający był zarejestrowany i leczony,

c) w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczającego spowodowana została Nieszczęśliwym wypadkiem wymagane jest przedstawienie następujących dokumentów:

i. dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczającemu pomocy medycznej,

ii. dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY
BRP-1217**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY BRP-1217

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-1217 (zwane dalej OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia (Umów podstawowych) zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń na życie (zwanych dalej OWU).

2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost albo odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty (zwane dalej Ubezpieczeniem dodatkowym) może nastąpić, o ile OWU nie stanowią inaczej, na wniosek Ubezpieczającego za zgodą Towarzystwa:

1) z Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia Ubezpieczenia podstawowego.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, o ile OWU nie określają inaczej Wiek Ubezpieczonego, uprawniającego do objęcia go ochroną ubezpieczeniową, tj. zawarcia na jego rzecz Umowy ubezpieczenia jest możliwe, jeżeli w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczony ma nie mniej niż 18 lat oraz nie więcej niż 65 lat.

5. Jeżeli ochroną ubezpieczeniową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony to za Ubezpieczonego w rozumieniu OWDU uznaje się tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego nastąpiło rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o to Ubezpieczenie dodatkowe.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy oraz nazwy użyte w OWDU, Polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową ubezpieczenia oznaczają:

1) **Ciężka trwała utrata zdrowia** – Trwała utrata zdrowia, o której mowa w pkt 4) poniżej, jeżeli stwierdzona przez Towarzystwo wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wynosi co najmniej 60%.

2) **Czynnik zewnętrzny** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany, jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane skutkiem działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie, którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

4) **Trwała utrata zdrowia** – zdarzenie medyczne będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia,

o której mowa w pkt 5) poniżej.

5) **Tabela trwałej utraty zdrowia** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU Ciężką trwałą utratę zdrowia, wymienionych w Załączniku nr 1 do OWDU, uwzględniające rodzaje Trwałej utraty zdrowia oraz odpowiadające danemu rodzajowi Trwałej utraty zdrowia wartości procentowe utraty zdrowia.

6) **Uraz** – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego

2. Terminy oraz nazwy używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje Ciężką trwałą utratę zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego.

3. W przypadku Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazanych w § 5 OWDU, Towarzystwo będzie wypłacało Ubezpieczonemu przez czas pozostały do zakończenia Okresu ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia śmierci Ubezpieczonego, miesięczną rentę w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, jest przez Towarzystwo wypłacane, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

2) Ciężka trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia dodatkowego,

3) Ciężka trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI OCHRONNEJ DOBROWOLNEJ

1. W przypadku zawarcia Ubezpieczenia dodatkowego Składka ochronna dobrowolna należna z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego uwzględniona zostaje w Składce regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, co oznacza, że jest płatna w Składce regularnej na zasadach określonych w OWU dla Składki regularnej i z częstotliwością i w terminach potwierdzonych w Polisie dla Składki regularnej.

2. W okresie wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, o którym mowa w § 5 ust. 1 OWDU, Składka ochronna dobrowolna nie jest należna.



§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego może być wyłączona na mocy postanowień OWU Ubezpieczenia podstawowego w następujących przypadkach:

1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,
2) w okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed dniem początku odpowiedzialności określonym zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1 OWDU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, czynnym udziałem Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

2) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stanu jego poczytalności,

4) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

5) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

6) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

7) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ciężka trwała utrata zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała

miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,

2) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:

1) w Dniu początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej, albo

2) w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenie dodatkowe, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty Składki regularnej, uwzględniającej kwotę Składki ochronnej dobrowolnej.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa w tym z poniższych dni, który wystąpi jako pierwszy:

1) w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

3) w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile OWU dopuszczają możliwość zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

4) w dniu poprzedzającym dzień początku okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, o ile OWU dopuszczają możliwość zawieszenia opłacania Składek regularnych,

5) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego – w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia dodatkowego,

6) z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego, nie później jednak niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o rezygnacji z Ubezpieczenia dodatkowego,

7) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 75 rok życia, nie później niż z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono należną Składkę regularną w pełnej wysokości,

8) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia w przypadku uznania roszczenia o Świadczenie, przy czym za uznanie roszczenia uznaje się również zawarcie ugody z uprawnionym oraz prawomocne orzeczenie sądu.

9) w dniach wygaśnięcia odpowiedzialności określonych w OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, która wygasła z przyczyn wskazanych w ust. 2 pkt 3) i pkt 4) powyżej, może zostać wznowiona, o ile OWU:



1) dopuszczają możliwość powrotnej zmiany z umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia z opłacaną Składką regularną,

2) dopuszczają możliwość wznowienia opłacania Składki regularnej, – za zgodą Towarzystwa i na warunkach ustalonych pisemnie z Towarzystwem.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) dokument potwierdzający, że Ciężka trwała utrata zdrowia Ubezpieczonego spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem:

a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,

3) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty renty, o ile wypłata ma być dokonywana na rachunek bankowy.

3. Towarzystwo będzie wypłacało Świadczenie w postaci miesięcznej renty w wysokości potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

4. Towarzystwo rozpocznie wypłatę Świadczenia w postaci miesięcznej renty począwszy od miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Towarzystwo uzna roszczenie o Świadczenie, przy czym za uznanie roszczenia uznaje się również zawarcie ugody z uprawnionym oraz prawomocne orzeczenie sądu. Towarzystwo wypłaca Świadczenie w postaci miesięcznej renty z góry, w terminie do 15 dnia miesiąca, za który jest należne.

5. Świadczenie w postaci miesięcznej renty wypłacane jest w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego Wypadku. Powstanie Ciężkiej trwałej utraty zdrowia, której wartość procentowa przekracza 60%, a także zwiększenie wartości procentowej Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w trakcie wypłaty Świadczenia, nie wpływa na wysokość wypłacanego Świadczenia.

6. Wartość procentową Ciężkiej Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oblicza się na podstawie Tabeli trwałej utraty zdrowia, stanowiącej Załącznik nr I do OWDU.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty renty w wysokości potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Powstanie kolejnej Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, a także zwiększenie wartości procentowej Ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w trakcie wypłaty renty, nie wpływa na wysokość wypłacanej renty.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/04/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 kwietnia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 1 maja 2017 r. i mają zastosowanie do Ubezpieczeń dodatkowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego przypada w dniu 1 czerwca 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ZAŁĄCZNIK NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY BRP-1217

TABELA TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA

Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent Trwałej utraty zdrowia										
Głowa											
1. Uszkodzenie powłok czaszki:											
a) powłok bez ubytków kostnych	5%										
b) całkowite oskalpowanie	25%										
2. Uszkodzenie kości czaszki:											
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienia, fragmentacje, szczeliny itp.)	5%										
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5 cm ²	7%										
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm ² lub większej	15%										
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand – mal (rodzaj i ilość napadów musi być potwierdzony dokumentacją medyczną):											
a) z częstymi napadami grand-mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%										
b) z rzadkimi napadami grand-mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%										
4. Całkowita utrata mowy w skutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%										
Uszkodzenia twarzy											
5. Uszkodzenie powłok twarzy:											
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	5%										
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%										
6. Utrata nosa:											
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%										
b) częściowa utrata nosa:	5%										
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%										
8. Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%										
9. Złamanie szczęki	5%										
10. Złamanie żuchwy	5%										
11. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%										
12. Ubytek podniebienia	15%										
13. Utrata języka:											
a) częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%										
b) całkowita	50%										
Uszkodzenia narządu wzroku											
14. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku jednego lub obu oczu należy oceniać według tabeli poniżej. Ostrość wzroku ocenia się zawsze po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.											
Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (0/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent Trwałej utraty zdrowia			
15. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szklami:				
a) jednego oka	15%			
b) obu oczu	30%			
16. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:				
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka	
60°	0	0	35	
50°	5	15	45	
40°	10	25	55	
30°	15	50	70	
20°	20	80	85	
10°	25	90	95	
poniżej 10°	35	95	100	
17. Połowicze niedowidzenia:				
a) dwuskroniowe			60%	
b) dwunosowe			30%	
c) jednoimienne			25%	
d) jednoimienne górne			10%	
e) jednoimienne dolne			40%	
Uszkodzenia narządu słuchu				
18. Utrata małżowiny usznej				
a) całkowita utrata			10%	
b) częściowa utrata			3%	
19. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz				
Ubytek słuchu w uchu prawym	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ubytek słuchu w uchu lewym	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
powyżej 70 dB	20	30	40	50
Uszkodzenia szyi i jej narządów				
20. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji				10%
21. Uszkodzenia krtani z jej zwężeniem:				
a) nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej				10%
b) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej				35%
22. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem				20%
23. Uszkodzenia przełyku:				
a) powodujące trudności w odżywianiu				10%
b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami				30%
c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową				80%
Uszkodzenia klatki piersiowej i jej narządów				
24. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)				10%
25. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)				25%
26. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro				1,5%
27. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście				5%
28. Całkowita utrata jednego płuca				40%
29. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płąt				15%
30. Uszkodzenie serca:				
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany				30%
b) bez przerwania ciągłości jego ściany				10%
Uszkodzenia jamy brzusznej				
31. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej				8%



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent Trwałej utraty zdrowia
Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	
32. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
33. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
34. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a) jelita cienkiego	35%
b) jelita grubego	25%
35. Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60%
36. Przetoka okołoodbytnicza	10%
37. Całkowite usunięcie śledziony	15%
38. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
39. Uszkodzenie trzustki, powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20%
Uszkodzenia narządów moczowo – płciowych	
40. Całkowita utrata jednej nerki	40%
41. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20%
42. Całkowita utrata prącia	40%
43. Całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
44. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40%
45. Całkowita utrata macicy, do 50 roku życia	40%
46. Całkowita utrata macicy, powyżej 50 roku życia	20%
Całkowita fizyczna utrata	
47. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	75%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
c) w obrębie przedramienia	55%
d) na poziomie nadgarstka	50%
48. Kciuk w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15%
49. Palec wskazujący w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7%
50. Inny palec dłoni w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
51. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	75%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c) w obrębie podudzia	50%
d) stopa w całości	40%
e) stopa z wyłączeniem pięty	30%
52. Paluch w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
53. Inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%
Całkowita i trwała utrata władzy	
54. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	65%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c) w obrębie przedramienia	45%
d) na poziomie nadgarstka	40%
55. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
56. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
57. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
58. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	65%



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent Trwałej utraty zdrowia
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c) w obrębie podudzia	40%
d) stopa w całości	30%
e) stopa z wyłączeniem pięty	20%
59. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
60. Inne palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Złamania – kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy	
61. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
62. Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
Złamania – narząd ruchu	
63. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej):	
a) wieloodłamowe otwarte	25%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamania wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
64. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	16%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
65. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	12%
b) inne złamania otwarte	10%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	5%
66. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka:	
a) wieloodłamowe otwarte	10%
b) inne złamania otwarte	8%
c) inne złamanie wieloodłamowe	6%
d) inny rodzaj złamania	4%
67. Złamania kości palców dłoni (za wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródreżca:	
a) złamania otwarte, za każde złamanie	2%
b) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%
Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej	
68. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
69. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
70. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
71. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2 – 6 cm	10%
b) powyżej 6 cm	25%
72. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
73. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
74. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%
Wytworzenie stawu rzekomego	
75. Staw rzekomy kości udowej	25%
76. Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
77. Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
78. Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
79. Staw rzekomy obojczyka	15%
80. Staw rzekomy kości ramiennej	25%
81. Staw rzekomy kości promieniowej	15%
82. Staw rzekomy kości łokciowej	10%
83. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%



Rodzaj uszkodzeń ciała	Procent Trwałej utraty zdrowia
------------------------	--------------------------------

Uwaga: Łączny procent trwałej utraty zdrowia stwierdzony na podstawie poz. 54 – 60 i 64-83, nie może być wyższy niż procent trwałej utraty zdrowia przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 47 – 53 powyższej tabeli.

Oparzenia

84. Oparzenia – wyłącznie II i III stopnia:

a) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
b) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	20%
c) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%
