

WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE

„OCHRONA W GRUPIE”



SPIS TREŚCI

1. Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Ochrona w Grupie” Kod warunków: UG_ZYC/11/23/GOL	4
2. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_SNW/09/20	15
3. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Kod warunków: UG_SNWK/09/20	17
4. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Kod warunków: UG_SNWP/09/20	19
5. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu Kod warunków: UG_SZSUM/06/22	21
6. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_TUNW/09/20	23
7. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Kod warunków: UG_TUNWP/09/20	25
8. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu Kod warunków: UG_TUZSUM/06/22	27
9. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego Kod warunków: UG_SMP/09/20	30
10. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_SMPNW/09/20	32
11. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Kod warunków: UG_SMPNWK/11/23	34
12. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_TUNWMP/09/20	36
13. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego Kod warunków: UG_SDZI/09/20	39
14. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_SDZINW/09/20	41
15. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_TUDZINW/11/23	43
16. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego Kod warunków: UG_ODZI/09/20	45
17. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego Kod warunków: UG_SR/09/20	47
18. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_SRNW/09/20	49
19. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego Kod warunków: UG_STU/02/21	51
20. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_STNW/02/21	53
21. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego Kod warunków: UG_UDZI/09/20	55
22. Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego Kod warunków: UG_CH/11/23	57
23. Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego Kod warunków: UG_CHM/11/23	60
23.1. Lista Ciężkich chorób	63
23.2. Tabela Ciężkich chorób	71
24. Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego Kod warunków: UG_CHDZI/11/23	74
24.1. Lista Ciężkich chorób dziecka	76
24.2. Tabela Ciężkich chorób dziecka	79
25. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_PWSNW/09/20	80
26. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Kod warunków: UG_PWS/09/20	83
27. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM Kod warunków: UG_OIOM/09/20	86
28. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu Kod warunków: UG_PWSZSU/06/22	88
29. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Kod warunków: UG_PWSNWK/09/20	91

30. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Kod warunków: UG_PWSNWP/09/20.....	94
31. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_PWSMPNW/09/20.....	97
32. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu Kod warunków: UG_PWSMP/09/20	100
33. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM Kod warunków: UG_MPOIOM/07/21	103
34. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_PWSNWDZI/09/20	106
35. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu Kod warunków: UG_PWSDZI/09/20	109
36. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Kod warunków: UG_OC/09/20	112
36.1. Tabela Operacji Open Life	115
37. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy Kod warunków: UG_CNDP/09/20.....	126
38. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji Ubezpieczonego po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu Kod warunków: UG_RK/09/20	128
39. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_RH/09/20	130
40. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia w Sanatorium Ubezpieczonego po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu Kod warunków: UG_LWS/09/20	132
41. Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia specjalistycznego Kod warunków: UG_LS/06/22	134
42. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczące Świadczenia poszpitalnego Kod warunków: UG_SP/09/20	137
43. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego „Odprawa pośmiertna” Kod warunków: UG_ODP/09/20	139
44. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_SCRNW/09/20	141
45. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_TURNW/09/20	143
46. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Członka rodziny w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_PWSRNW /09/20	146
47. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_OCRNW/09/20	149
48. Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Wystąpienia Nowotworu żeńskiego lub męskiego u Ubezpieczonego Kod warunków: UG_CHN/06/22	152
49. Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości Kod warunków: UG_CHNIS/11/23	154
50. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku Kod warunków: UG_CNDPNW/09/20	156
51. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z niską punktacją w skali APGAR Kod warunków: UG_UDZIAP/09/20	158
52. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z Wadą wrodzoną Kod warunków: UG_UDZIWW/09/20.....	160
53. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego - Pakiet Wsparcia Pozawałowego Kod warunków: UG_KARD/01/11/19.....	162
54. KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – Pakiet Wsparcia Pozawałowego	164
55. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Poudarowego Kod warunków: UG_NEU/01/11/19	168
56. KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – Pakiet Wsparcia Poudarowego.....	170
57. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus Kod warunków: UG_ONKP/01/11/19	175
58. KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus	177
59. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pourazowego Kod warunków: UG_ORT/01/11/19	198
60. KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – Pakiet Wsparcia Pourazowego	200
61. Tabela norm oceny procentowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zwana we wskazanych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń „Tabela Trwałych uszczerbków”	221



WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE „OCHRONA W GRUPIE”

Kod warunków: UG_ZYC/11/23/GOL

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Ochrona w Grupie” (zwanymi dalej: „Warunkami Ubezpieczenia”)

SKOROWIDZ INFORMACJI ZAWARTYCH WE WZORCU UMOWNYM

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 ust. 1 pkt 6), 8), 13), 26), 33) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 w związku z § 2 ust. 1 pkt 13) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 9 w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 19), 26), 27), 29), 30), 35), 36), 40) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 12 w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29), 32), 39) i 40) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 13, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 11), 16), 17), 21), 26), 27), 29), 30), 31) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 25), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 ust. 6 w związku z § 2 ust. 1 pkt 18), 20), 30) i 31) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 8 ust. 7 w związku z § 2 ust. 1 pkt 24), 30) i 31) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

Skorowidz informacji, zawartych w poszczególnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, zawarty jest na pierwszej stronie odpowiedniego wzorca.

Dla Państwa wygody zamieściliśmy w treści Warunków Ubezpieczenia wyjaśnienia co do poszczególnych postanowień, aby ułatwić ich zrozumienie.

Mamy nadzieję, że przygotowany przez nas program ubezpieczeniowy spełni Państwa wymagania.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Ochrona w Grupie”, zwane dalej „Warunkami Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A., zwanym dalej „Towarzystwem Ubezpieczeń” a Ubezpieczającym.

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę, iż Warunki Ubezpieczenia stanowią podstawowy dokument, na podstawie którego zawierane są Umowy ubezpieczenia.

Tutaj znajdują Państwo informacje, dotyczące zasad świadczonej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka śmierci, a także zasady obsługi Umowy ubezpieczenia. Proszę pamiętać, iż istotne dla Państwa uzgodnienia mogą znajdować się również w dokumentacji dołączonej do Polisy. Wszelkie wątpliwości oraz pytania proszę kierować do Ubezpieczającego lub skontaktować się bezpośrednio z nami.

W przypadku, gdy poszukują Państwo informacji, dotyczących zasad świadczonej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie innego ryzyka niż śmierć naturalna, należy poszukać odpowiednich Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, regulujących to ryzyko.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Ubezpieczenia oraz w pozostałych dokumentach, dotyczących Umowy ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1) Akty wojenne:

- działania wojenne przez które rozumie się ruchy wojsk, walki zbrojne – zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne – toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi,
- zamieszki,
- rozruchy,
- zamach stanu tj. przejście władzy politycznej w państwie przez jednostkę lub grupę osób, wbrew obowiązującemu prawu,
- przebywanie na terytorium objętym wojną,
- wykorzystanie broni nuklearnej, chemicznej lub biologicznej, przez co należy rozumieć:
 - wykorzystanie broni nuklearnej oznacza użycie jakiegokolwiek broni lub urządzenia nuklearnego lub emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek materiału rozszczepialnego, który emituje radioaktywność na poziomie, który może spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć,
 - wykorzystanie broni chemicznej oznacza emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek jakiegokolwiek stałego, ciekłego lub gazowego związku chemicznego, który, jeżeli zostanie odpowiednio rozproszony, może spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć,
 - wykorzystanie broni biologicznej oznacza emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek jakiegokolwiek chorobotwórczego mikroorganizmu lub toksyn biologicznych (w tym organizmów modyfikowanych genetycznie oraz toksyn syntetyzowanych chemicznie) które mogą spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć;

2) Akty przemocy, rozruchy, zamieszki:

- czynne i niezgodne z prawem czynności fizyczne skierowane bezpośrednio przeciwko innej osobie, w celu zmuszenia jej do poddania się woli lub do określonego zachowania zgodnego z wolą osoby zmuszającej, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona,
- czynny i niezgodny z prawem udział w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu oraz uczestnika takich zdarzeń bądź działalność polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów i zamieszek;

3) **Akty terrorku** – działanie jakiegokolwiek osoby, lub grupy osób, które zostało podjęte dla celów politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, mające na celu wywarcie wpływu na władze państwowe lub zastraszenie całości lub części społeczeństwa;

Od Open Life: Zdefiniowane w pkt 1, 2 i 3 definicje mają istotne znaczenie, ponieważ określają sytuacje, w których odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń może być wyłączona. Proszę spojrzeć np. na § 10 niniejszych Warunków Ubezpieczenia.

4) **Certyfikat** – dokument wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i przekazywany Ubezpieczającemu, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sum ubezpieczenia. Strony Umowy ubezpieczenia mogą uzgodnić, że Certyfikaty nie będą wystawiane;

Od Open Life: Potwierdzamy objęcie Państwa ochroną ubezpieczeniową wystawiając imienny Certyfikat, w którym znajdują Państwo podstawowe informacje dotyczące świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

Certyfikat można odebrać u Ubezpieczającego po przesłaniu go przez Towarzystwo Ubezpieczeń.

5) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym organizmie, a także prowadząca do zaburzeń czynnościowych, będących podstawą do postawienia diagnozy/rozpoznania lekarskiego, która wystąpiła w Okresie ubezpieczenia;

6) **Data nabycia uprawnień** – dzień, począwszy od którego dana osoba może zostać objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, o ile spełnia warunki w niej przewidziane, przy czym:

- Datą nabycia uprawnień w stosunku do Pracowników jest:
 - dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeniowego proponowany we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, lub
 - dzień, w którym dana osoba uzyskała status Pracownika – w przypadku osób, które uzyskały status Pracownika po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- Datą nabycia uprawnień w stosunku do Małżonka, Partnera albo Pełnoletniego dziecka jest dzień nabycia uprawnień przez Pracownika, który wskazał tego Małżonka albo tego Partnera lub to Pełnoletnie dziecko do Umowy ubezpieczenia, a także dzień zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku Małżonka) lub uzyskania pełnoletniości przez dziecko Pracownika (w przypadku Pełnoletniego dziecka).

Datą nabycia uprawnień jest pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego przypadający po dniu, o którym jest mowa powyżej;

7) **Deklaracja zgody** – pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life: Wspomniany w tym punkcie dokument powinniście Państwo wypełnić i złożyć uprawnionej osobie, aby zostać objętym ochroną ubezpieczeniową. Zawiera on wszelkie niezbędne oświadczenia, a także jest to miejsce, w którym wskazujecie Państwo Uposażonych.

8) **Dotychczasowa umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta między Ubezpieczającym a innym niż Towarzystwo Ubezpieczeń ubezpieczycielem. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko taką umowę grupowego ubezpieczenia na życie, z tytułu której ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasła w dniu poprzedzającym Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia;

Od Open Life: Czasami zdarza się sytuacja, że zasady świadczonej ochrony ubezpieczeniowej są uzależnione od tego czy byli Państwo wcześniej objęci ochroną ubezpieczeniową. Proszę spojrzeć np. do paragrafu 10, gdzie znajdują się postanowienia dotyczące Karencji. Prosimy również zwrócić uwagę, iż akceptujemy tylko takie Dotychczasowe umowy ubezpieczenia, z których zrezygnowali Państwo w celu skorzystania z naszej oferty.

9) **Karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń ograniczona jest do Zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku. Okres Karencji liczony jest od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;

Od Open Life: Proszę zwrócić szczególną uwagę na tę definicję, ponieważ w istotny sposób rzutuje ona na zakres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

Jeżeli zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia jesteście Państwo objęci Karencją, to nasza odpowiedzialność jest przez określony czas ograniczona do następstw Nieszczęśliwych wypadków. Oznacza to m.in. że nie wypłacimy świadczenia w przypadku np. śmierci w wyniku choroby.

Karencja jest jednym z podstawowych i bardziej istotnych ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

10) **Krwotok śródmózgowy** – krwawienie do mózgu spowodowane pęknięciem naczynia;

11) **Małżonek** – osoba, która pozostaje z Pracownikiem, w dniu podpisania przez niego Deklaracji zgody, w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

Od Open Life: Istnieje możliwość dopuszczenia do ubezpieczenia członków rodziny Pracownika, tj. Małżonka, Partnera albo Pełnoletniego dziecka, pod warunkiem że Strony Umowy ubezpieczenia tak uzgodniły. W razie wątpliwości proszę spytać Ubezpieczającego czy w Państwa Umowie ubezpieczenia taka możliwość istnieje. Analogiczne uwagi dotyczą definicji Partnera i Pełnoletniego dziecka.

- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależnie od woli i stanu zdrowia danej osoby zdarzenie, które zaszło w Okresie ubezpieczenia, spowodowane wyłącznie Przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się:

- Zawału serca,
- Udaru mózgu,
- Krwotoku śródmózgowego,
- Padaczki;

Od Open Life: Proszę zwrócić szczególną uwagę na tę definicję, ponieważ często od spełnienia przesłanek w niej określonych uzależniona jest nasza odpowiedzialność lub wysokość należnego Świadczenia ubezpieczeniowego. Wspomnianą definicję należy czytać łącznie z definicją: „Przyczyna zewnętrzna”.

- 13) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa danemu Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia. Ilekroć w Warunkach Ubezpieczenia mowa o ochronie ubezpieczeniowej, to należy przez to rozumieć ochronę ubezpieczeniową świadczoną na podstawie Umowy ubezpieczenia, chyba że odpowiednie postanowienia Warunków Ubezpieczenia stanowią inaczej. Ilekroć w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mowa o Okresie ubezpieczenia to należy przez to rozumieć okres udzielania ochrony danemu Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego regulowanego przez te Warunki;
- 14) **Padaczka** – choroba ze skłonnością do występowania napadowej nieprawidłowej aktywności elektrycznej mózgu prowadzącej do napadów o różnorodnej postaci klinicznej;
- 15) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba pozostająca w dniu podpisania Deklaracji zgody w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
- osoby, która pozostaje w związku małżeńskim w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - każdej innej osoby – w przypadku gdy Pracownik pozostaje w związku małżeńskim w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 16) **Pasierb** – dziecko męża lub żony z poprzedniego związku małżeńskiego (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego);
- 17) **Pełnoletnie dziecko** – dziecko własne albo przysposobione albo Pasierb (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) Pracownika, które w dniu podpisania Deklaracji zgody ma ukończony 18. rok życia;
- 18) **Pierwsza składka** – kwota wpłacana na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń, wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń po otrzymaniu Wniosku, której wpłacenie w wymaganym terminie stanowi warunek zawarcia Umowy ubezpieczenia. W razie nie zawarcia Umowy Ubezpieczenia kwotę, o której mowa w zdaniu pierwszym, Towarzystwo Ubezpieczeń zwraca Ubezpieczającemu na wskazane przez niego konto lub na wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia adres korespondencyjny;
- 19) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i doręczony Ubezpieczającemu;

Od Open Life: Polisę doręczymy Ubezpieczającemu po weryfikacji dokumentacji wnioskowej. Będzie to oznaczać, że zaakceptowaliśmy Wniosek i Umowa ubezpieczenia została zawarta.

- 20) **Pozostawanie pod wpływem spożytego alkoholu** – stan, w którym:
- zawartość alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2‰, lub
 - zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg alkoholu;
- 21) **Pracownik** – osoba fizyczna, która w dniu podpisania Deklaracji zgody:
- jest zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, lub
 - świadczy usługi lub wykonuje pracę na rzecz Ubezpieczającego, w tym na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło, kontraktu menedżerskiego, o ile z tytułu przedmiotowego stosunku

cywilnoprawnego były odprowadzane składki na poczet ubezpieczeń społecznych, lub

- osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego Ubezpieczającego będącego osobą prawną, lub
- sam przedsiębiorca lub wspólnicy będący właścicielami przedsiębiorstwa występującego jako Ubezpieczający w Umowie ubezpieczenia;

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę, iż akceptujemy również osoby, które nie posiadają statusu Pracownika zgodnie z kodeksem pracy. Np. wykonujące usługi na rzecz Ubezpieczającego na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych. Jednakże warunkiem przyjęcia takich osób do ubezpieczenia jest wykonywanie przez nie usług na rzecz Ubezpieczającego, z czym wiąże się obowiązek odprowadzania składek na poczet ubezpieczeń społecznych.

W innym przypadku nie wyrazimy zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

- 22) **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik oddziałujący na organizm danej osoby, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba ani jako czynnik chorobotwórczy (będący bakterią, wirusem lub pasożytem wywołującym chorobę danej osoby);
- 23) **Rocznica Umowy ubezpieczenia** – dzień odpowiadający dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, w każdym kolejnym roku kalendarzowym po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia. Za dzień Rocznicy Umowy ubezpieczenia uznaje się pierwszy dzień następnego miesiąca kalendarzowego;

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę, że Rocznica Umowy ubezpieczenia przypada zawsze pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego niezależnie od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.

- 24) **Składka** – kwota opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa, należna z tytułu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life: Rachunek bankowy do wpłat składek jest wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń, a także potwierdzony w Polisie. Składka jest przekazywana przez Ubezpieczającego.

- 25) **Sporty wysokiego ryzyka** – następujące sporty lub aktywności fizyczne: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, sporty motorowe lub motorowodne, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich;
- 26) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń uprawnionemu do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 27) **Towarzystwo Ubezpieczeń** – Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, al. „Solidarności” 171, 00-877 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadającą numer REGON 141186640 i numer NIP 1070008220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony wynosi 95 500 000 zł;
- 28) **Udar mózgu** – nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - przedłużonych odwracalnych niedokrwiniennych ubytków neurologicznych (RIND),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie epizodów niedotlenienia powstałych w wyniku zatrzymania krążenia,
 - przebytego w przeszłości Udaru mózgu rozpoznanego na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- 29) **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
- 30) **Ubezpieczający** – podmiot z siedzibą na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub oddział polski podmiotu z siedzibą na terenie Unii Europejskiej, który zawarł z Towarzystwem Ubezpieczeń Umowę ubezpieczenia;

Od Open Life: Ubezpieczającym jest z reguły Pracodawca.

- 31) **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie oraz ryzyk dodatkowych, zawarta między Towarzystwem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym na podstawie Warunków Ubezpieczenia, a także odpowiednich Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Integralną częścią Umowy ubezpieczenia są postanowienia szczególnie uzgodnione przez strony Umowy ubezpieczenia, załączone do Wniosku a następnie potwierdzone w Polisie, o ile zostały przez strony Umowy ubezpieczenia uzgodnione;

Od Open Life: Treść Umowy ubezpieczenia stanowi tekst Warunków Ubezpieczenia, a także informacje zawarte we Wniosku i potwierdzone w Polisie. Warunki Ubezpieczenia są doręczane każdemu Ubezpieczonemu przed podpisaniem Deklaracji zgody.

Proszę zwrócić uwagę, że w niektórych Umowach ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie indywidualne uzgodnienia, o które wnioskował Ubezpieczający i które następnie zostaną przez nas potwierdzone w Polisie.

Przed podpisaniem Deklaracji zgody powinny być Państwu także doręczone w celu zapoznania się. W razie wątpliwości proszę kontaktować się z Ubezpieczającym.

- 32) **Uposażony** – osoba fizyczna lub podmiot niebędący osobą fizyczną wskazany jako uprawniony do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpiezonego, wskazywany na zasadach określonych w § 12 Warunków Ubezpieczenia;
- 33) **Uposażony zastępczy** – osoba fizyczna lub podmiot niebędący osobą fizyczną wskazana przez Ubezpiezonego, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia;

Od Open Life: Jest to osoba która otrzyma świadczenie w przypadku śmierci Ubezpiezonego. Wskazywana jest z reguły w Deklaracji zgody.

- 34) **Wariant dodatkowy** – zakres ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia i składki wybierane w Deklaracji zgody i potwierdzone w Certyfikacie. Osoba zainteresowana ochroną ubezpieczeniową wskazuje w Deklaracji zgody Wariant dodatkowy, w zakresie którego chce objąć ochroną Członków rodziny. Ubezpieczony ma możliwość wyboru więcej niż jednego Wariantu dodatkowego, poprzez wskazanie w Deklaracji zgody ilości wybranych Wariantów Dodatkowych. Zmiana Wariantu dodatkowego możliwa jest w dniu zmiany Wariantu ochrony. Dokupienie Wariantu Dodatkowego możliwe jest w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia;
- 35) **Wariant ochrony** – zakres ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia i składki wybierane w Deklaracji zgody i potwierdzone w Certyfikacie. Osoba zainteresowana ochroną ubezpieczeniową wskazuje w Deklaracji zgody Wariant ochrony w zakresie którego chce być objęta ochroną. Późniejsze dokonanie zmiany przynależności Ubezpiezonego do Wariantu ochrony możliwe jest w każdą kolejną Rocznicę Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia odpowiedniego oświadczenia Towarzystwu Ubezpieczeń przez Ubezpiezonego przed tym dniem. W przypadku spełnienia wymagań, o których mowa w zdaniu poprzednim, zmiana Wariantu ochrony jest skuteczna na dzień Rocznicy Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life: Ochrona ubezpieczeniowa oferowana przez Nas jest zróżnicowana dzięki czemu może zostać dostosowana do potrzeb każdej osoby.

Dostępne warianty ochrony ubezpieczeniowej określone są szczegółowo w dokumentacji, dotyczącej danej Umowy ubezpieczenia (Wniosku, Polisie).

Prosimy o rozważny wybór interesującego Państwa zakresu ochrony, ponieważ jego zmiana jest możliwa wyłącznie w Rocznicę Umowy ubezpieczenia.

Wyboru Wariantu ochrony dokonują Państwo w Deklaracji zgody.

Każdy Ubezpieczony może być przypisany tylko do jednego wariantu ochrony.

- 36) **Wniosek** – dokument stanowiący ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia, składany przez Ubezpieczającego Towarzystwu Ubezpieczeń;
- 37) **Współubezpieczony** – Małżonek, Partner, lub Pełnoletnie dziecko, które zostało objęte ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia i jednocześnie nie spełnia kwalifikacji jako pracownik zgodnie z definicją;
- 38) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na stwierdzeniu zmian w poziomie biomarkerów martwicy mięśnia sercowego (np. Troponiny) wykraczających poza zakresy norm oraz na stwierdzeniu jednego z poniższych kryteriów:

- stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
- świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
- świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (np. hipokineza lub akinaza);

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:

- stabilną i niestabilną chorobę wieńcową,
- przebyty w przeszłości Zawał serca rozpoznany na podstawie zmian w EKG i ECHO serca;

- 39) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;

- 40) **Elektroniczna deklaracja zgody** – oświadczenie woli Ubezpiezonego składane w formie elektronicznej za pośrednictwem udostępnionego przez Towarzystwo Ubezpieczeń formularza elektronicznego, na mocy którego Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;

- 41) **Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne** – rozumie się przez to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoby zajmujące znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów oraz sekretarzy stanu,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub rządów banków centralnych,
- ambasadorów, *chargés d'affaires* oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych oraz dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich,
- inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej;

- 42) **Członkowie rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne** – rozumie się przez to:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu;

- 43) **Osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne** – rozumie się przez to:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne;

- 44) **Osoba posiadająca status PEP** – osoba fizyczna będąca osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpiezonego.
- Zakres Ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia, w formie Wniosku i jej zaakceptowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
- Podmiot, który zamierza zawrzeć z Towarzystwem Ubezpieczeń Umowę ubezpieczenia, składa Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający w treści Wniosku (w tym w załącznikach, stanowiących jego integralną część) składa oświadczenia woli i wiedzy, dotyczące w szczególności:

- 1) wnioskowanego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sum ubezpieczenia i składek, które mają mieć zastosowanie w Umowie ubezpieczenia;
- 2) wnioskowanych postanowień dodatkowych lub odstępstw od Warunków Ubezpieczenia lub Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (inaczej postanowienia szczególne, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 31);
- 3) proponowanego początku odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia;
- 4) struktury wiekowo-płciowej grupy, która będzie mogła skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej;
- 5) rozszerzenia zakresu podmiotowego Ubezpieczonego o Współubezpieczonych.

Od Open Life: W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia należy złożyć do Towarzystwa Ubezpieczeń Wniosek, który zostanie udostępniony Ubezpieczającemu po uzgodnieniu szczegółowych warunków tejże umowy.

Przed złożeniem Wniosku Ubezpieczającemu doręczane są Warunki Ubezpieczenia.

4. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie poprawnie uzupełnionego i podpisanego Wniosku, a także opłacenie Pierwszej składki w wymaganym terminie płatności na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń, wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń. Do Wniosku Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć imienną listę osób przystępujących do ubezpieczenia, zawierającą w szczególności imię, nazwisko, pesel osób składających Deklarację zgody oraz wybrany przez nie Wariant ochrony. Powyższe nie dotyczy osób przystępujących do ubezpieczenia za pośrednictwem Elektronicznej deklaracji zgody.
5. W przypadku nieopłacenia Pierwszej Składki w pełnej wysokości w wymaganym terminie płatności Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Pierwszej Składki w terminie wskazanym w wezwaniu pod rygorem nie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę, że warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest również opłacenie Pierwszej Składki.

Po odebraniu od Pracowników Deklaracji zgody należy przelać odpowiednią kwotę składki do 15. dnia miesiąca za który jest należna na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo Ubezpieczeń.

Do momentu jej opłacenia nie dojdzie do zawarcia Umowy ubezpieczenia!!!

6. Towarzystwo Ubezpieczeń potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 5

1. Z zastrzeżeniem § 6 ust. 10 – 13, osoba spełniająca warunki, o których mowa w § 6, zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego (Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia), pod warunkiem że poprawnie wypełniona i podpisana Deklaracja zgody została złożona Ubezpieczającemu przed Pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia i następnie doręczona do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń w terminie do 10. dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ma się rozpocząć.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż w następnym dniu po zawarciu Umowy ubezpieczenia i nie wcześniej, niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu, w którym Ubezpieczony ten oświadczył stronie wskazanej w Umowie ubezpieczenia, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku bezskutecznego upływu terminu na doręczenie poprawnie uzupełnionej i podpisanej Deklaracji zgody do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie określonym w wezwaniu, pod rygorem nieudzielenia ochrony w stosunku do osób, których poprawnie uzupełnione i podpisane Deklaracje zgody nie zostały doręczone – jeżeli braki nie zostaną uzupełnione ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się a Towarzystwo Ubezpieczeń zwraca wpłaconą Składkę za te osoby na wskazane przez Ubezpieczającego konto lub na wskazany we Wniosku adres korespondencyjny. Postanowienia określone w niniejszym ustępie mają zastosowanie również w sytuacji, gdy doręczona w wymaganym terminie Deklaracja zgody zawiera braki lub błędy uniemożliwiające objęcie ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Jeżeli Deklaracja zgody nie dotrze do nas w terminie podstawowym lub dodatkowo przez nas wyznaczonym ochrona nie rozpoczyna się!!!

4. Towarzystwo Ubezpieczeń może wyrazić zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową danej osoby mimo niespełnienia warunków, o których mowa powyżej. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego.

5. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, za jaki została opłacona Składka w następstwie złożonej rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, za jaki została opłacona Składka, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia; W przypadku gdy Składka została opłacona za czas dłuższy niż do dnia, w którym wygasa ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwo Ubezpieczeń zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego za jaki została opłacona Składka, w którym Ubezpieczony utracił status Pracownika;
 - 6) w przypadku braku opłacenia Składki w wymaganym terminie, po upływie terminu przewidzianego w wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty składki, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 5 i 6 Warunków Ubezpieczenia;
 - 7) w przypadku Współubezpieczonych – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wygasa odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w stosunku do Ubezpieczonego Pracownika, który wskazał tego Współubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

Od Open Life: W tym miejscu zostały określone sytuacje, w których ochrona ubezpieczeniowa ulegnie zakończeniu. W szczególności proszę zwrócić uwagę na zapisy dotyczące wieku z ukończeniem którego ochrona ubezpieczeniowa wygasa.

6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo rezygnacji w każdym momencie ze świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o rezygnacji jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym zostało złożone Towarzystwu Ubezpieczeń. Złożenie oświadczenia o rezygnacji powoduje rezygnację z całej świadczonej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia. Przez rezygnację należy rozumieć wystąpienie, o którym mowa w art. 16 pkt 10 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 6

1. Pracownicy mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia.
2. Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko Pracownika może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową tylko wtedy, gdy strony Umowy ubezpieczenia tak uzgodniły. W tym celu Ubezpieczający składa odpowiednią dyspozycję we Wniosku. Ustalenia stron zostaną także potwierdzone w Polisie.
3. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba pod warunkiem, że w dniu podpisywania Deklaracji zgody łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym, w szpitalu, w hospicjum lub nie orzeczono wobec niej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 2) ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonego 69. roku życia;
 - 3) ma miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) ma obywatelstwo polskie, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej;
 - 5) zostały spełnione warunki określone w § 5 ust. 1.

Od Open Life: Wspomniane przesłanki są weryfikowane na dzień podpisania Deklaracji zgody. Proszę zwrócić uwagę, iż podanie fałszywych informacji (w szczególności w zakresie pkt 1), może skutkować odmową wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.

W przypadku gdy nie spełniale Państwo wyżej wymienionych warunków, nie możecie przystąpić do Umowy ubezpieczenia.

Ochroną ubezpieczeniową zostanie również objęta osoba, która wyraża chęć przystąpienia do ubezpieczenia za pośrednictwem Elektronicznej deklaracji zgody. Zasady oraz szczegóły przystąpienia do ubezpieczenia zostały opisane w „Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w zakresie przystąpienia do ubezpieczenia grupowego na życie Ochrona w grupie za pośrednictwem Elektronicznej deklaracji zgody”, udostępnianym przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Regulamin jest dostępny podczas wypełniania elektronicznej deklaracji zgody w sposób umożliwiający jego utrwalenie.

4. Pracownicy przebywający na urlopie macierzyńskim lub urlopie wychowawczym, mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, iż byli ubezpieczeni w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia, zostaną wskazani na liście przez Ubezpieczającego, a Składka za te osoby będzie przekazywana jedynym przelewem wraz ze Składką za wszystkich Ubezpieczonych.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń wyrazi również zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby, która w dniu podpisania Deklaracji zgody nie posiada statusu Pracownika, ale najpóźniej w Pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia przedmiotowy status uzyska.
6. Osoba będąca Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem zostanie objęta ochroną pod warunkiem, że zostanie wskazana przez uprawnionego

Pracownika. Prawo do wskazania przysługuje Pracownikowi, który zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową nie później niż wskazany przez niego odpowiednio: Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko. Przez wskazanie należy rozumieć oświadczenie składane przez Pracownika, zamieszczone w Deklaracji zgody odpowiednio: Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka.

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę przy wypełnianiu Deklaracji zgody, aby Pracownik podpisał się na Deklaracji zgody członka rodziny, którego wskazuje do ubezpieczenia.

Wspomniane postanowienie, a także inne (np. dotyczące zakończenia ochrony ubezpieczeniowej) ustanawiają zasadę, iż Współubezpieczony może być objęty ochroną tylko razem z Pracownikiem. W innym wypadku powoduje to nie rozpoczęcie ochrony bądź jej zakończenie.

7. Wskazanie Partnera do Umowy ubezpieczenia jest skuteczne wyłącznie na dzień, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń rozpocznie udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Pracownika wskazującego tego Partnera. Wskazanie w innym dniu lub zmiana Partnera w trakcie trwania danego stosunku ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w Rocznice Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę, iż powyższe postanowienie ogranicza terminy, w których można wskazać Partnera. Wskazanie Partnera w innym terminie nie zostanie przez Nas zaakceptowane.

- Osoba nieposiadająca obywatelstwa polskiego zostanie objęta ochroną pod warunkiem posiadania Karty pobytu i Zezwolenia na pobyt stały.
- Towarzystwo Ubezpieczeń może, przed objęciem danej osoby ochroną ubezpieczeniową, wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym dokumentów dotyczących stanu zdrowia tej osoby lub skierować tę osobę na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
- Z zastrzeżeniem ust. 9 powyżej, osoby, które przystępują do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem wypełnienia kwestionariusza medycznego i akceptacji ryzyka przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
- W stosunku do osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9 lub 10 niniejszego paragrafu, do dnia decyzji Towarzystwa Ubezpieczeń dotyczącej akceptacji bądź braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
- W przypadku braku akceptacji objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby zgłoszonej do Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń zwróci Ubezpieczającemu przekazaną Składkę za danego Ubezpieczonego.
- Jeżeli po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo wyrazi zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest wskazany w Certyfikacie.
- Towarzystwo Ubezpieczeń może objąć ochroną również osobę nie spełniającą warunków, o których mowa powyżej, ewentualnie zaproponować ochronę na indywidualnie uzgodnionych warunkach. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego.
- Towarzystwo Ubezpieczeń może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową każdej osobie. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego.

CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA, ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA I WYPOWIEDZENIE JEJ

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 1 roku, z tym zastrzeżeniem że okres na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia kończy się nie wcześniej niż w przeddzień pierwszej Rocznicy Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Datą zawarcia Umowy ubezpieczenia jest data akceptacji złożonego Wniosku i będzie ona potwierdzona w Polisie.

Proszę zwrócić uwagę, iż zasadą jest że Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku. Jednakże okres na jaki została zawarta umowa zostanie wydłużony do końca miesiąca kalendarzowego, w którym upływa roczny termin jej zawarcia.

2. Umowa ubezpieczenia zostanie przedłużona na kolejny okres 1 roku, liczony od ostatniej Rocznicy Umowy ubezpieczenia, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie Strony zawierające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres 1 roku powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie nie później niż na 30 dni przed najbliższą Rocznicą Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę, że Umowa ubezpieczenia jest automatycznie przedłużana na kolejne lata. Jeżeli Ubezpieczający nie wyraża chęci przedłużenia umowy na kolejny rok powinien złożyć do nas takie oświadczenie.

3. Umowa ubezpieczenia może zostać w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzyma oświadczenie o wypowiedzeniu.

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - z końcem miesięcznego okresu wypowiedzenia, w okolicznościach o których mowa w ust. 3;
 - z bezskutecznym upływem terminu, który został wskazany w wezwaniu, w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w okolicznościach, o których mowa w § 8 ust. 7;
 - z końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej;
 - z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo Ubezpieczeń jest uprawnione do rozwiązania Umowy ubezpieczenia i zakończenia ochrony udzielanej w stosunku do Ubezpieczonych w przypadkach wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych kończy się i Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń nie będzie miało możliwości kontynuacji stosunków gospodarczych z osobą posiadającą status PEP lub nie będzie mogło zastosować jednego ze środków bezpieczeństwa finansowego, o których mowa w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku, o których mowa powyżej, Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje o tym Ubezpieczającego w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.

SKŁADKA

§ 8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Składki z częstotliwością miesięczną za wszystkich Ubezpieczonych, do 15 dnia każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należna.

Od Open Life: Proszę zwrócić uwagę na opłacanie składki w terminie.

2. Za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń potwierdzony w Polisie. W przypadku zmiany powyższego rachunku bankowego Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązane jest poinformować o tym Ubezpieczającego z wyprzedzeniem co najmniej 14 dniowym. Zmiana numeru rachunku nie jest zmianą Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Rachunek bankowy do wpłaty należnych składek zostanie przekazany po otrzymaniu Wniosku przez Towarzystwo Ubezpieczeń, a także znajdzie się w doręczonej Ubezpieczającemu Polisie.

- Wysokość Składki za danego Ubezpieczonego wynika z wybranego przez niego Wariantu ochrony oraz Wariantów Dodatkowych. Wysokość Składki należnej za dany Wariant ochrony jest określona we Wniosku i potwierdzona w Polisie.
- Wysokość Składki za wszystkich Ubezpieczonych wyrażona jest w złotych polskich.
- W przypadku braku opłacenia Składki w terminie w pełnej wysokości za wszystkich Ubezpieczonych, Towarzystwo Ubezpieczeń wzywa Ubezpieczającego do zapłaty Składki za Ubezpieczonych wyznaczając dodatkowy co najmniej 7-dniowy termin płatności Składki. Towarzystwo Ubezpieczeń w wezwaniu informuje Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia Składki w wyznaczonym terminie.
- W przypadku braku opłacenia Składki w dodatkowym terminie ochrona ubezpieczeniowa względem wszystkich Ubezpieczonych trwa do ostatniego dnia terminu wskazanego w wezwaniu.
- W przypadku braku opłacenia Składki w dodatkowym terminie Umowę ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego. W okolicznościach, o których mowa w zdaniu poprzednim Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem terminu wskazanym w wezwaniu.

Od Open Life: Proszę o zwrócenie uwagi, iż nieopłacenie składki bądź opłacenie jej w niepełnej wysokości może skutkować zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia.

- Za okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwu Ubezpieczeń należna jest Składka.
- Wartość należnej Składki obliczana jest w oparciu o okres, na który została zawarta Umowa ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność Pracowników Ubezpieczającego, a także z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń w związku z zawarciem oraz wykonaniem Umowy ubezpieczenia.

10. Postanowienia określone w niniejszym paragrafie nie mają zastosowania do Pierwszej Składki. Postanowienia dotyczące Pierwszej Składki są określone w § 4 Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Warianty ochrony są określone we Wniosku i potwierdzone w Polisie. Wybrany Wariant ochrony zostanie również potwierdzony w Certyfikacie.

Od Open Life: Pamiętaj, aby przed podpisaniem Deklaracji zgody lub wypełnieniem elektronicznej deklaracji zgody zapoznać się z oferowanym zakresem, sumami ubezpieczenia, a także składkami. Jeżeli masz jakiegokolwiek wątpliwości spytaj Ubezpieczającego o dostępne Warianty ochrony.

2. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest osoba, o której mowa w § 12 Warunków Ubezpieczenia.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w § 14 Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. W zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego w stosunku do każdego Ubezpieczonego zastosowanie ma Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

Od Open Life: Zwróć uwagę, iż postanowienie istotnie ogranicza naszą odpowiedzialność przez okres 6 miesięcy. W tym okresie ponosimy odpowiedzialność wyłącznie za zdarzenia, które nastąpiły wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Pamiętaj jednak, aby przed podjęciem decyzji o wyborze naszego ubezpieczenia spytać Ubezpieczającego, czy były uzgadniane odstępstwa w tym zakresie.

2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3 – 4 poniżej.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli dana osoba była objęta ochroną ubezpieczeniową, w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego, z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, przez okres:
- 1) co najmniej równy okresowi Karencji, to z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia;
 - 2) krótszy niż okres Karencji, to:
 - a) w okresie licznym od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, stosuje się Karencję na zasadach ogólnych, co oznacza że Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które w tym okresie wystąpi,
 - b) po upływie okresu określonego w lit. a) powyżej, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu Karencji, w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia;

Postanowienia ust. 3 mają wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

4. Postanowienia ust. 3 mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life: Postanowienia określone w ust. 2 – 4 stanowią wyjątek od stosowania karencji. Mianowicie, dla osób dotychczas ubezpieczonych zalicza się okres ubezpieczenia w posiadanych wcześniej ryzykach, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia z zachowaniem ciągłości ubezpieczeniowej. Dzięki takiemu rozwiązaniu świadczenie może być wypłacone jeszcze w okresie karencji, w wysokości przewidzianej w umowie ubezpieczenia, jednak nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Warunek ten zostanie spełniony, gdy Ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia zrezygnuje z dotychczasowej umowy. Podsumowując, jeżeli spełnione zostaną warunki określone we wskazanych ustępach istnieje szansa wypłaty świadczenia jeszcze w okresie karencji.

5. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona Składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym ustępie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. obowiązującej sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym ustępie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

Od Open Life: Powyższe postanowienie reguluje ograniczenie naszej odpowiedzialności w przypadku zmiany Wariantu ochrony. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia przewiduje kilka wariantów ochrony to istnieje możliwość jego zmiany (ale tylko w Rocznicę Umowy ubezpieczenia).

Jednakże gdy w wyniku zmiany dojdzie do podwyższenia sumy ubezpieczenia co do tej nadwyżki ma zastosowanie Karencja.

6. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa Ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo Ubezpieczeń zapytywało w formularzu oferty lub przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w innych pismach. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem powyższych postanowień nie zostały podane mu do wiadomości.
7. Po upływie lat trzech od objęcia ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo Ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy objęciu ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zataił chorobę Ubezpieczonego.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku:
- 1) samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Od Open Life: W tym miejscu zostały uregulowane sytuacje, w których nasza odpowiedzialność jest wyłączona. Prosimy o szczególną analizę tych postanowień, ponieważ w istotny sposób rzutują na świadczoną ochronę ubezpieczeniową.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Ubezpieczający jest zobowiązany w szczególności do:
- 1) Obowiązków Ubezpieczającego w procesie obejmowania ochroną ubezpieczeniową:
 - a) doręczenia osobom zainteresowanym Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody, a także postanowień szczególnych, o ile zostały przez strony Umowy ubezpieczenia uzgodnione, chyba że nie dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego. Ubezpieczający jest obowiązany doręczyć Warunki Ubezpieczenia oraz postanowienia szczególne w formie papierowej lub na innym trwałym nośniku, w tym w szczególności:
 - i) przesłanie Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, a także postanowień szczególnych na adres e-mail osoby zainteresowanej objęciem ochroną ubezpieczeniową, lub
 - ii) przekazanie Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, a także postanowień szczególnych osobie zainteresowanej na płycie CD;
 - 2) Ubezpieczający zobowiązuje się umożliwić Towarzystwu Ubezpieczeń skontrolowanie procesu doręczenia dokumentów, o których mowa powyżej;
 - 3) udostępnienia osobom informacji na temat obowiązujących w Umowie ubezpieczenia zakresów ochrony, sum ubezpieczenia, a także składek, przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody,

- c) weryfikowania poprawności wypełnianych przez Ubezpieczonych Deklaracji zgody i doręczania ich do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń nie później niż do 10. dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ma się rozpocząć,
 - d) niezwłocznego przesyłania innych dokumentów wymaganych przez Towarzystwo Ubezpieczeń w procesie obejmowania ochroną, np. kwestionariuszy medycznych,
 - e) do momentu wysłania Deklaracji zgody do Towarzystwa Ubezpieczeń, Ubezpieczający zobowiązany jest do przechowywania Deklaracji zgody złożonej przez Ubezpieczonego zgodnie z wymogami powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych i tajemnicy ubezpieczeniowej,
 - f) rejestrowania w udostępnionej przez Towarzystwo Ubezpieczeń aplikacji elektronicznej Deklaracji zgody złożonej przez Ubezpieczonego do 10. dnia miesiąca, w którym ochrona ma się rozpocząć,
 - g) przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia informacji o:
 - i) firmie Towarzystwa Ubezpieczeń oraz jego siedzibie,
 - ii) charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia,
 - iii) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozpatrywania sporów,
 - iv) treści i dostępności Regulaminu świadczenia usług droga elektroniczną przez Open Life TU Życie S.A. w zakresie przystąpienia do ubezpieczenia grupowego na życie Ochrona w grupie za pośrednictwem Elektronicznej deklaracji zgody;
- 2) Obowiązki Ubezpieczającego w procesie administrowania i obsługi Umowy ubezpieczenia:
- a) wyznaczenia osoby do kontaktu z Towarzystwem Ubezpieczeń w celach związanych z wykonaniem Umowy ubezpieczenia oraz informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby,
 - b) przyjmowania od Ubezpieczonego i przekazywania Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia i rejestrowanie ich w udostępnionej przez Towarzystwo Ubezpieczeń aplikacji elektronicznej we wskazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń zakresie,
 - c) posługiwanie się wyłącznie formularzami dostarczonymi przez Towarzystwo Ubezpieczeń przy wykonywaniu Umowy ubezpieczenia,
 - d) przekazywania niezwłocznie Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkich dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Umowy ubezpieczenia, zgromadzonych i posiadanych przez Ubezpieczającego w związku z poszczególnymi Ubezpieczonymi i ochroną ubezpieczeniową udzieloną na podstawie Umowy ubezpieczenia, w szczególności formularzy, na których Ubezpieczeni składają dyspozycje związane z Umową ubezpieczenia,
 - e) przekazywania Ubezpieczonym Certyfikatów niezwłocznie po otrzymaniu ich od Towarzystwa Ubezpieczeń, o ile Strony Umowy ubezpieczenia nie postanowią inaczej,
 - f) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich oraz Ubezpieczonych i uprawnionych, jeżeli posiada takie dane,
 - g) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji,
 - h) zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w § 8,
 - i) przekazywania Ubezpieczonemu informacji dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, przy czym informacje te zostaną przekazane Ubezpieczonemu:
 - i) pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę,
 - ii) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia,
 - iii) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Ubezpieczeń – w przypadku informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych;
 - j) przekazywania Ubezpieczonemu informacji o zakończeniu świadczenia ochrony przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane w szczególności do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu, a Ubezpieczonemu na jego żądanie na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, w tym również za pomocą środków komunikacji elektronicznej – informacji dotyczących zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących z tytułu Umowy. Informacje te zostaną przekazane Ubezpieczającemu przed wyrażeniem przez niego zgody na dokonanie takich zmian;
 - 3) wypłacania Świadczeń ubezpieczeniowych na zasadach określonych Warunkach Ubezpieczenia;
 - 4) udzielania, na wniosek Ubezpieczonego, informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 5) sporządzania i publikowania na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń www.openlife.pl sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 12

1. Ubezpieczony jest uprawniony do wyznaczenia jednego lub więcej Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych uprawnionych do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego.
 2. Ubezpieczony może dokonać wskazania Uposażonego lub Uposażonego zastępczego w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- Od Open Life:** Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego wskazać można w Deklaracji zgody lub elektronicznej deklaracji zgody, a także w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej składając nam odpowiednie oświadczenie.
3. Uposażony nabywa prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego z chwilą śmierci Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust. 10.
 4. Uposażony zastępczy nabywa prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego z chwilą śmierci Ubezpieczonego, gdy Uposażony zmarł lub umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 10.
 5. W razie śmierci Uposażonego przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utraty przez niego prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego, prawo do wypłaty części Świadczenia ubezpieczeniowego przypadającej temu Uposażonemu, przejmują pozostali Uposażeni, jeżeli zostali wskazani, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze złożonych oświadczeń, o których mowa w ust. 2, albo oświadczenia o zmianie, o którym mowa w ust. 11. Powyższe stosuje się również w przypadku Uposażonego zastępczego.
 6. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, Uposażonego zastępczego lub Uposażony i Uposażony zastępczy zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utracili on prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców i dzieci i współmałżonka;
 - 5) spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w udziałach ustalonych na podstawie przepisów prawa spadkowego.
 7. W razie wskazania jednego Uposażonego, otrzymuje on całe należne Świadczenie ubezpieczeniowe.
 8. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, suma udziału procentowego nie może przekroczyć 100. Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w Świadczeniu ubezpieczeniowym nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 2, albo oświadczeniu o zmianie, o którym mowa w ust. 11.

9. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego zastępczego, suma udziału procentowego nie może przekroczyć 100. Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych zastępczych w Świadczeniu ubezpieczeniowym nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 2, albo oświadczeniu, o którym mowa w ust. 11.
10. Uposażony lub Uposażony zastępczy, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego.
11. Ubezpieczony ma prawo do zmiany wskazania Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego w każdym czasie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o zmianie wskazania Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego jest skuteczne z dniem doręczenia go Towarzystwu Ubezpieczeń.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 13

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym:
 - 1) Ubezpieczającego, lub
 - 2) Ubezpieczonego – w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących zdrowia Ubezpieczonego,
 jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia Ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
2. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) w przypadku gdy Ubezpieczonym jest Małżonek – odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - 5) w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Pełnoletnie dziecko:
 - a) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, albo
 - b) odpisu skróconego nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,
 - c) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka oraz aktu małżeństwa Pracownika i ojca lub matki Pełnoletniego dziecka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim – w przypadku Pełnoletniego dziecka będącego Pasierbem.
3. W przypadku, gdy Warunki Ubezpieczeń lub Warunki Dodatkowych Ubezpieczeń uzależniają odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia informacji określonych w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia - dokument potwierdzający wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający wystąpienie z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile dokumenty te nie zostały doręczone do siedziby Towarzystwa przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku niedoręczenia lub niemożności doręczenia przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się że nie była ona objęta ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń może zażądać potwierdzenia kopii dokumentów za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do obsługi ubezpieczenia (Przedstawiciel Ubezpieczającego), pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 14

1. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni licząc od daty zawiadomienia go o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, Towarzystwo Ubezpieczeń zawiadamia na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem, oraz
 - 2) Ubezpieczonego – jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem, oraz
 - 2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń udostępni Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej. Jednakże Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia.

Od Open Life: W paragrafie 13 i 14 zostały uregulowane zasady jakie obowiązują w przypadku zgłoszenia roszczenia, jakich dokumentów wymagamy, w jakich terminach wypłacamy świadczenia itd.

REKLAMACJE

§ 15

1. Klienci mogą zgłaszać Reklamacje:
 - 1) pisemnie: osobiście w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów albo przesyłką pocztową na adres: al. „Solidarności” 171, 00-877 Warszawa;
 - 2) w formie elektronicznej: za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres info@openlife.pl, przy wykorzystaniu formularza na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń (www.openlife.pl) lub za pośrednictwem Serwisu Internetowego (wyłącznie Klienci posiadający dostęp do Serwisu Internetowego);
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem Infolinii: 801 222 333 lub +48 22 118 94 99 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń.
2. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany Warunków Ubezpieczenia. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
3. Reklamacja może być złożona przez pełnomocnika dysponującego oryginałem pełnomocnictwa udzielonym w zwykłej formie pisemnej lub kopią pełnomocnictwa poświadczoną za zgodność z oryginałem przez adwokata, radcę prawnego,

- osobę wykonującą czynności agencyjne w imieniu Agenta, pracownika Ubezpieczającego, Brokera, Towarzystwa Ubezpieczeń lub notariusza.
4. Reklamacja powinna zawierać niezbędny do jej rozpatrzenia zakres danych tj.: imię i nazwisko, numer polisy/wniosku/deklaracji oraz adres korespondencyjny lub adres e-mail.
 5. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji – w formie pisemnej, elektronicznej lub telefonicznie (zgodnie z wnioskiem Klienta).
 6. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
 7. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki i nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiedzi przed jego upływem.
 8. W przypadkach szczególnie skomplikowanych, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo Ubezpieczeń:
 - 1) poinformuje Klienta o przyczynach opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
 9. Klient może pisemnie odwołać się od otrzymanej decyzji do kierownika odpowiedzialnego za obsługę procesu reklamacji, a następnie do dyrektora Departamentu Obsługi Klienta Towarzystwa Ubezpieczeń.
 10. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego oraz wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami. Na dzień zatwierdzenia niniejszych Warunków Ubezpieczenia, adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: <http://rf.gov.pl/>.
 11. W zakresie powstałego sporu z Towarzystwem Ubezpieczeń możliwe jest przeprowadzenie postępowania mediacyjnego w Centrum Mediacji Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Ugoda zawarta przed mediatorem w takim postępowaniu ma moc ugody sądowej po zatwierdzeniu jej przez sąd. Warunki formalne i szczegóły przebiegu mediacji znajdują się na stronie internetowej Komisji Nadzoru Finansowego pod adresem www.knf.gov.pl.
 12. Klientowi, który jest konsumentem przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumentów.
 13. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

INFORMACJA PODATKOWA

§ 16

Na dzień zatwierdzenia niniejszych Warunków Ubezpieczenia przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.).

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

§ 17

1. Administrator

Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 00-877), al. „Solidarności” 171. Z Administratorem można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem <https://openlife.pl/kontakt/>, adres email: info@openlife.pl, telefonicznie pod numerem infolinii: 801 222 333 lub +48 22 118 94 99 lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Powyższe dane teleadresowe są aktualne na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU. Aktualne dane teleadresowe i godziny pracy infolinii Administratora są dostępne na stronie internetowej www.openlife.pl w zakładce Kontakt.

2. Inspektor Ochrony Danych

U Administratora wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych. Z Inspektorem można skontaktować się mailowo poprzez kontakt na adres: iod@openlife.pl lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, al. „Solidarności” 171, 00-877 Warszawa.

3. Cele przetwarzania, podstawy prawne przetwarzania i prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora

- 1) Towarzystwo Ubezpieczeń będzie przetwarzać dane osobowe, w celu zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wy-

- 2) Towarzystwo Ubezpieczeń przetwarza dane dotyczące zdrowia, Ubezpieczonych lub uprawnionych z Umowy ubezpieczenia, zawarte w Umowach ubezpieczenia lub oświadczeniach składanych przed zawarciem lub przystąpieniem Umowy ubezpieczenia, odpowiednio w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy ubezpieczenia, w zakresie niezbędnym z uwagi na cel i rodzaj ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- 3) Towarzystwo Ubezpieczeń może podejmować decyzje w indywidualnych przypadkach, opierając się wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie, danych osobowych w celu:
 - a) dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – w przypadku danych osobowych dotyczących Ubezpieczonych,
 - b) ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych lub ustalania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych – w przypadku danych osobowych dotyczących Ubezpieczonych, Ubezpieczających i uprawnionych z Umowy ubezpieczenia;
 – pod warunkiem zapewnienia osobie, której dotyczy zautomatyzowana decyzja, prawa do otrzymania stosownych wyjaśnień, co do podstaw podjętej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska oraz do uzyskania interwencji ludzkiej – podstawą prawną są przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Decyzje, o których mowa mogą być podejmowane wyłącznie w oparciu o kategorie danych dotyczących osoby fizycznej określone w art. 41 ust. 1b ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Ponadto Towarzystwo Ubezpieczeń może przetwarzać dane osobowe:

- 4) w celu wypełnienia przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu;
- 5) w celu wypełnienia przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowej z innymi państwami;
- 6) w przypadku podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym do zapobiegania temu przestępstwu – podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora obowiązków wynikających z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość zapobiegania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 7) w celu marketingu produktów własnych Administratora – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w przypadku osób będących stroną Umowy ubezpieczenia na moment wykonywania czynności marketingu bezpośredniego;
- 8) na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie Umów ubezpieczenia i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie – podstawą prawną przetwarzania jest zgoda osoby której dane dotyczą;
- 9) w celu reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Umową ubezpieczenia;
- 10) w celu ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą Umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń;

- 11) w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych oraz rezerw techniczno ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, dla celów rachunkowości Ubezpieczających, Ubezpieczonych lub uprawnionych z Umowy ubezpieczenia przez okres 12 lat od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Podstawa prawna przetwarzania jest przepis prawa.
4. **Odbiorcy danych osobowych**
Odbiorcami danych osobowych mogą być: dostawcy usług assistance będących przedmiotem Umowy ubezpieczenia, inne zakłady ubezpieczeń, zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Finansowy, organy administracji państwowej na podstawie i w granicach obowiązujących przepisów prawa, z których wynika obowiązek udostępnienia danych, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej, kancelarie prawne. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie Administratora, w szczególności Agentom obsługującym Umowę ubezpieczenia, dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów, podmiotom świadczącym usługi doradcze na rzecz Administratora, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem w sposób zgodny z poleceniami Administratora.
5. **Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**
Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub organizacji międzynarodowych.
6. **Przechowywanie danych osobowych**
Dane osobowe przechowywane będą do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia 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. W przypadku złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dla celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, Administrator przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej dla tych celów, chyba że wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby której dane dotyczą lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń. W przypadku jeżeli podstawą przetwarzania jest zgoda osoby, której dane dotyczą, w razie jej wycofania, Administrator przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej na podstawie zgody.
7. **Prawa osoby, której dane dotyczą**
Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, oraz ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora lub przez stronę trzecią, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych. Wówczas Administratorowi nie wolno przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. W szczególności osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania. W zakresie, w jakim dane osobowe osoby której dane dotyczą są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia lub przetwarzania na podstawie zgody, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany – osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora przeniesienia swoich danych osobowych. Realizacja tego prawa polega na możliwości żądania przekazania przez Administratora osobie której dane dotyczą w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Osoba której dane dotyczą może przesłać te dane innemu Administratorowi lub ma prawo żądania od Administratora przesłania swoich danych osobowych bezpośrednio innemu Administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany powyżej.
8. **Prawo do wycofania zgody**
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda, osoba której dane dotyczą ma prawo wycofania zgody w każdym czasie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. W celu wycofania zgody należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany powyżej.
9. **Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego**
Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
10. **Dobrowolność lub obowiązek podania danych i ich konsekwencje**
Podanie danych osobowych, w związku z zawieraniem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia lub wykonania Umowy ubezpieczenia. W przypadku niepodania danych osobowych w zakresie wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub Deklaracji przystąpienia, zgodnie z zapisami OWU, nie może dojść do zawarcia Umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń. Podanie danych osobowych na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie umów ubezpieczeń i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie oraz zgody na kontakt w celach marketingowych drogą elektroniczną bądź poprzez telefoniczne połączenia głosowe lub sms są dobrowolne i niezależne od zawarcia lub wykonania Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uposażonego zastępczego lub innej osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia, a także miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku sprzeczności między postanowieniami komentarzy „Od Open Life” a postanowieniami Warunków Ubezpieczenia pierwszeństwo w stosowaniu mają postanowienia Warunków Ubezpieczenia.
4. Postanowienia niniejszych Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń.

§ 19

1. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia Towarzystwa Ubezpieczeń mające związek z Umową ubezpieczenia, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej, elektronicznej lub innej formy uzgodnionej z Ubezpieczającym.
2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową kierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń, z wyjątkiem reklamacji wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego z Towarzystwem Ubezpieczeń.
3. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu Ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent ubezpieczeniowy działa, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 20

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

Określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecane przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Kod warunków: UG_SNOWK/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:

- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym, lub
 - b) rowerzysta, lub
 - c) pieszy.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecane przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 12) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

Kod warunków: UG_SNWP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego, który miał miejsce:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
- c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.

Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.

- 2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- 2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- 1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

- 1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
- 2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
- 3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
- 4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

- 1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zaświadczenia o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień śmierci Ubezpieczonego – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;

- 6) protokołu powypadkowego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku przy pracy – jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego.
- 2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
- 3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- 1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy;
 - 13) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

- 1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
- 2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Kod warunków: UG_SZSUM/06/22

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania Udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone:

obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).

W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:

- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzeń mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
 - c) przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (RIND);
 - d) uszkodzenia mózgu w następstwie epizodów niedotlenienia powstałych w wyniku zatrzymania krążenia;
 - e) przebytego w przeszłości Udaru mózgu rozpoznanego na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- 2) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na stwierdzeniu zmian w poziomie biomarkerów martwicy mięśnia sercowego (np. Troponiny) wykraczających poza zakresy norm oraz na stwierdzeniu jednego z poniższych kryteriów:
- a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (np. hipokineza lub akinaza);
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
- a) stabilną i niestabilną chorobę wieńcową;
 - b) przebyty w przeszłości Zawał serca rozpoznany na podstawie zmian w EKG i ECHO serca.

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między odpowiednio Zawałem serca lub Udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie

dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 26 maja 2022 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 czerwca 2022 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_TUNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji;
 - 2) **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – Trwały uszczerbek spowodowany Nieszczęśliwym

wypadkiem, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Niez szczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Niez szczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 2, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) z medycznego punktu widzenia między Niez szczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 2) Niez szczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 270 dni od daty zajścia Niez szczęśliwego wypadku.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Niez szczęśliwego wypadku, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Niez szczęśliwego wypadku, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed Niez szczęśliwym wypadkiem był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Niez szczęśliwego wypadku ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Niez szczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po Niez szczęśliwym wypadku, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem zajścia Niez szczęśliwego wypadku ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Niez szczęśliwego wypadku.
7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Niez szczęśliwego wypadku. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Niez szczęśliwego wypadku, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie

oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- 1) dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia;
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
 3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Niez szczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

Kod warunków: UG_TUNWP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami

Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TUNW/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, który miał miejsce:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
- b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
- c) w czasie pozostawiania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.

Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 270 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a stanem istniejącym po Nieszczęśliwym wypadku przy pracy, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu

poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.

8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia;
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) zaświadczenie o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 5) protokołu powypadkowego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku przy pracy – jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego;
 - 6) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TUNW/09/20).
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, która wystąpił w wyniku wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczey postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Kod warunków: UG_TUZZSUM/06/22

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji;
 - 2) **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu** – Trwały uszczerbek, który został spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia;

- 3) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
 - c) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - d) uszkodzenia mózgu w następstwie epizodów niedotlenienia powstałych w wyniku zatrzymania krążenia;
 - e) przebytego w przeszłości Udaru mózgu rozpoznanego na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- 4) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Diagnostyka może być oparta na stwierdzeniu zmian w poziomie biomarkerów martwicy mięśnia sercowego (np. Troponiny) wykraczających poza zakresy norm oraz na stwierdzeniu jednego z poniższych kryteriów:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (np. hipokineza lub akinaza);
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) stabilną i niestabilną chorobę wieńcową;
 - b) przebyty w przeszłości Zawał serca rozpoznany na podstawie zmian w EKG i ECHO serca.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) z medycznego punktu widzenia między odpowiednio Zawałem Serca lub Udarem mózgu a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 2) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Zawału serca lub Udaru mózgu, stosuje się tabelę

Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w następującym zakresie:

- 1) dla Udaru mózgu znajduje zastosowanie pozycja A.5 – Porażenia i niedowładności pochodzenia mózgowego;
 - 2) dla Zawału serca znajduje zastosowanie pozycja F.63 – Uszkodzenie serca lub osierdzia.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
 6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed wystąpieniem Zawału serca lub Udaru mózgu był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Zawałem serca lub Udarem mózgu a stanem istniejącym po Zawałe serca lub Udarcie mózgu, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
 7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
 8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
 9. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
 10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. W zakresie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
3. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 2 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
4. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie

Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.

5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, który powstał w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).
6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 26 maja 2022 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 czerwca 2022 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_SMP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Małżonek** – osoba fizyczna z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody

Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienne jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:

- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Małżonka albo Partnera, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) Odpisu skróconego aktu zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku śmierci Małżonka;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Małżonka albo Partnera, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
 - 2) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SMPNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmie-

nione jedynie ze skutkiem na rocznie Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:

- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu aktu skróconego zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydane przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku śmierci Małżonka;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 5) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci odpowiednio: Małżonka lub Partnera – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 6) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) Pozostawiania przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1 i ust. 2; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2; § 4 ust. 2; § 5 ust. 3; § 7.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Kod warunków: UG_SMPNWK/11/23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienne jedynie ze skutkiem na rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu przepisów Prawa o ruchu drogowym), motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym na napędzie silnikowym lub żaglowym lub pasażerskim statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych, lub

b) rowerzystą, lub

c) pieszy.

2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na Wystąpieniu u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia albo z dniem zmiany Wariantu ochrony na taki, który nie przewiduje ryzyka śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Małżonka albo Partnera wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony i jest potwierdzona w Certyfikacie.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;

- 2) śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
- 3) śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Małżonka albo Partnera istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie do Towarzystwa Ubezpieczeń:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku śmierci Małżonka;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 5) dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera – jeżeli są w posiadaniu Ubezpieczonego;
 - 6) dokumentu tożsamość Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła w wyniku poniższych zdarzeń, o ile pomiędzy poniższymi zdarzeniami a śmiercią Małżonka albo Partnera wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego zachodzi adekwatny związek przyczynowo – skutkowy:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 2) aktów wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy lub terroru;

- 3) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym;
- 5) pozostawania przez Małżonka albo Partnera pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
- 6) chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 7) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
- 8) udziału Małżonka albo Partnera w Sportach wysokiego ryzyka;
- 9) choroby psychicznej lub choroby umysłowej Małżonka albo Partnera wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
- 10) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner nie był kierującym lub pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
3. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_TUNWMP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia pozostaje w związku małżeńskim, stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubez-

pieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:

- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **Trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu narządów lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 270 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy Małżonek albo Partner Ubezpieczonego jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu narządów, który przed Nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu narządów przed Nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po Nieszczęśliwym wypadku, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów istniejące przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu

poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.

8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia;
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

- pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_SDZI/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Dziecka.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25. roku życia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Dziecka.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Dziecka jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.

3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Dziecka, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Dziecko Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SDZINW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25. roku życia.
- Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Dziecka Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu Dziecka – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) Pozostawiania przez Dziecko pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) udziału Dziecka w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1 - 7; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2; § 4 ust. 2; § 5 ust. 3 - 8; § 7.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_TUDZINW/11/23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18 roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25 roku życia;
 - Trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów Dziecka polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu narządów albo na nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, wymienione w Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku stanowiącej załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
- Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na wystąpieniu u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wypadku wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Ubezpieczenia albo z dniem zmiany wariantu ochrony na taki, który nie przewiduje ryzyka Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

- Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony i jest potwierdzona na Certyfikacie.
- Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy;
 - Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - Trwały uszczerbek wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 270 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
- Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku, jak również procentu Trwałego uszczerbku istniejącego przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, stosuje się Tabelę Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, stanowiącą załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
- W przypadku gdy Dziecko jest leworęczne, zastosowanie będą miały podane w Tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części lub całości prawej kończyny górnej.
- W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu narządów, który przed Nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu narządów przed Nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po

Nieszczęśliwym wypadku, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów istniejące przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku.

7. Stopień Trwałego uszczerbku jest ustalany po zakończeniu leczenia Dziecka, ale nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie do Towarzystwa Ubezpieczeń:
 - 1) dokumentacji medycznej z udzielenia Dziecku pierwszej pomocy, o ile miał miejsce i z przebiegu leczenia Dziecka;
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np. z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu Ubezpieczonego;
 - 4) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka lub prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
 - 5) dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Dziecko na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka o wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku poniższych zdarzeń, o ile pomiędzy poniższymi zdarzeniami a Trwałym uszczerbkiem zachodzi adekwatny związek przyczynowo – skutkowy:

- 1) próby samobójstwa Dziecka albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka;
- 2) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) aktów wojennych, czynnego udziału Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy lub terroru;
- 4) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym;
- 5) pozostawania przez Dziecko pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia przez Dziecko narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
- 6) chorób Dziecka spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 7) wypadku spowodowanego przez Dziecko, gdy prowadziło ono pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
- 8) udziału Dziecka w Sportach wysokiego ryzyka;
- 9) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko nie było kierującym lub pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 10) choroby psychicznej lub umysłowej Dziecka wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczey postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
3. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_ODZI/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25. roku życia.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, skutkująca osieroceniem Dziecka Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego skutkująca osieroceniem Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego jest Dziecko Ubezpieczonego, a jeśli nie osiągnęło pełnoletności Przedstawiciel ustawowy Dziecka Ubezpieczonego. Prawo do świadczenia z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego przysługuje każdemu żyjącemu w dniu śmierci Ubezpieczonego Dziecku, o ile umyślnie nie przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka Ubezpieczonego;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.

3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa dokonanego w ciągu 2 lat od daty początku Okresu ubezpieczenia;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICÓW UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_SR/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia, o ryzyko na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 2) **Macocha** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 3) **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

2. Pozostałym określeniom, użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Rodzica Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Rodzica, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Rodzica jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) Odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Rodzica, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Rodzica, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Rodzica Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Rodzica Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICÓW UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SRNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 2) **Macocha** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 3) **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

2. Pozostałym określeniom, użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) śmierć Rodzica Ubezpieczonego miała miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Rodzica Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Rodzica Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Rodzica wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Rodzica Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Rodzica Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Rodzica Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Rodzica Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Rodzic Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI TEŚCIÓW UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_STU/02/21

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia, o ryzyko na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim;
- 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienne jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

- b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 3) **Teść** – matka lub ojciec Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia. Za rodzica Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ojczymem lub Macochą. Rodzice Małżonka bądź Partnera Ubezpieczonego po śmierci Małżonka bądź Partnera Ubezpieczonego pozostają rodzicami Małżonka lub Partnera Ubezpieczonego, o ile Ubezpieczony nie zawrze ponownie związku małżeńskiego lub nie wskaże innego Partnera;
- 4) **Macocha** – aktualna żona ojca Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – żona osoby, która dokonała jego przysposobienia, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – wdowa po osobie, która dokonała jego przysposobienia, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 5) **Ojczym** – aktualny mąż matki Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – mąż osoby, która dokonała jego przysposobienia, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – wdowiec po osobie, która dokonała jego przysposobienia, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
2. Pozostałym określeniom, użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Teścia Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Teścia, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Teścia jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- 1) odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem;
 - 4) dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
 3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Teścia, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Teścia, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Teścia Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Teścia czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 17 grudnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 lutego 2021 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI TEŚCIÓW UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_STNW/02/21

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do któ-

rego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienne jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:

- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
- b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 3) **Teść** – matka lub ojciec Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia. Za rodzica Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ojczymem lub Macochą. Rodzice Małżonka bądź Partnera Ubezpieczonego po śmierci Małżonka bądź Partnera Ubezpieczonego pozostają rodzicami Małżonka lub Partnera Ubezpieczonego, o ile Ubezpieczony nie zawarł ponownie związku małżeńskiego lub nie wskaze innego Partnera;
 - 4) **Macocha** – aktualna żona ojca Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – żona osoby, która dokonała jego przysposobienia, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – wdowa po osobie, która dokonała jego przysposobienia, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
 - 5) **Ojczym** – aktualny mąż matki Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – mąż osoby, która dokonała jego przysposobienia, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka, albo Partnera Ubezpieczonego – wdowiec po osobie, która dokonała jego przysposobienia, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
2. Pozostałym określeniom, użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) śmierć Teścia Ubezpieczonego miała miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Teścia Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 3) śmierć Teścia Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- 1) odpisu skróconego aktu zgonu Teścia Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Teścia Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Teścia Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) wypadku spowodowanego przez Teścia Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Teścia Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) wypadku lotniczego, jeżeli Teść Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 12) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 17 grudnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 lutego 2021 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 29) Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 13), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 26), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8), 9) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA LUB URODZENIA SIĘ MARTWEGO DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_UDZI/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadać następujące znaczenie:

- 1) **Urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego, pod warunkiem, że jest potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic. Przez Urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozzerwalne przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego, o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - 2) **Urodzenie się martwego dziecka** – urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia:
 - 1) Urodzenia się dziecka Ubezpieczonego;
 - 2) Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego.
2. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku Urodzenia się dziecka Ubezpieczonego uważa się datę urodzenia się dziecka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka przez Ubezpieczonego za datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się datę uprawnomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Urodzenia się Dziecka lub odpowiednio Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każde Urodzenie się dziecka lub odpowiednio każde Urodzenie się martwego dziecka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Urodzenia się dziecka lub odpowiednio Urodzenia się martwego dziecka jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka lub odpisu nowego skróconego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia martwego dziecka w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego dziecka;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń, udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu w zakresie Urodzenia się dziecka i Urodzenia się martwego dziecka – z zastosowaniem 9-miesięcznego okresu obniżenia sumy ubezpieczenia (dalej: okres ograniczonej odpowiedzialności), liczonego od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia. W okresie ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za Zdarzenie ubezpieczeniowe, ograniczoną do wypłaty 5% sumy ubezpieczenia.

2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu ograniczonej odpowiedzialności, wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 3 – 4 poniżej.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2 powyżej, była objęta ochroną ubezpieczeniową, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, przez okres:
 - 1) co najmniej równy okresowi ograniczonej odpowiedzialności, to z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie ograniczonej odpowiedzialności, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia;
 - 2) krótszy niż okres ograniczonej odpowiedzialności, to:
 - a) w okresie liczonym od pierwszego dnia okresu udzielania ochrony na podstawie Umowy ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu ograniczonej odpowiedzialności i okresu podlegania ochronie z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, ograniczoną do wypłaty 5% sumy ubezpieczenia,
 - b) po upływie okresu określonego w lit. a) powyżej, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu ograniczonej odpowiedzialności, w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia.
4. Postanowienia ust. 3 mają zastosowanie pod warunkiem, że osoba, o której mowa w ust. 2, ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia. Postanowień określonych w ust. 2 – 4 powyżej nie stosuje się do Współubezpieczonych – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia przewiduje możliwość objęcia ich ochroną ubezpieczeniową.
5. W przypadku zmiany Wariantu ochrony związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, w okresie pierwszych 9 miesięcy, liczonych od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony, jest ograniczona do wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony). Postanowienia określone w zdaniu poprzednim nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 1 ust. 2, 3 i 4; § 2; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1 i 2; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 2; § 4 ust. 2; § 7; § 8.

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_CH/11/23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Ubezpieczonego.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - wariant Standard;
 - wariant Plus;
 - wariant Premium;
 - wariant Maksymalny.
- Załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Tabela Ciężkich chorób, określa które Ciężkie choroby wchodzi w zakres poszczególnych wariantów, o których mowa w ust. 2 powyżej.
- Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

O tym, czy w Umowie ubezpieczenia będzie miał zastosowanie wariant Standardowy, Plus, Premium czy Maksymalny Ciężkich chorób, lub zaden z tych wariantów, określa Wariant ochrony, o którym mowa w Warunkach Ubezpieczenia. Jeśli Umowa ubezpieczenia przewiduje kilka Wariantów ochrony do wyboru, różniących się pomiędzy sobą np. zakresem ochrony, sumami ubezpieczenia i składkami, Ty wybierasz do którego z nich chcesz przystąpić.

Zwróć uwagę, że wystąpienie Ciężkiej choroby jest różnie ustalone dla różnych chorób: dla jednych będzie to postawienie diagnozy, dla innych przeprowadzenie operacji lub zabiegu, dla jeszcze innych rozpoczęcie leczenia.

- Wystąpienie u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby – zaistnienie w życiu Ubezpieczonego jednej z następujących okoliczności:
 - postawienie diagnozy** – w przypadku: Amyloidozy, Astmy steroido-opornej, Bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, Cholery, Choroby Castlemana, Choroby Chagasa, Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Choroby Huntingtona, Choroby Leśniowskiego-Crohna (zarówno rozpoznanie choroby, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Choroby neuronu ruchowego, Choroby Niemann-Picka, Choroby Pageta, Choroby Parkinsona (zarówno rozpoznanie choroby, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Duru brzuszego, Dystrofii mięśniowej, Dżumy, Filariozy, Gorączki Denga, Gorączki Ebola, Gorączki krwotocznej Chikungunya, Gorączki Lassa, Gorączki Marburg, Gorączki Zachodniego Nilu, Kardiomiopatii (w przypadku rozpoznania choroby w stopniu niewymagającym wszczęcia kardiowertera lub defibrylatora), Łagodnego guza mózgu, Łagodnego guza rdzenia kręgowego, Malariai, Miasmenii, Neurobakteriozy, Niewydolności nerek (w stopniu niewymagającym regularnej dializoterapii lub przeszczepu nerki), Nowotworu złośliwego, Odmrożeń IV stopnia, Oparzeń III stopnia, Ostrej niewydolności wątroby, Otosklerozy, Paraliżu (Porażenia), Pierwotnego nadciśnienia płucnego, Poważnego urazu głowy, Promienicy, Przewlekłej niewydolności oddechowej, Przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP), Przewlekłego zapalenia wątroby, Ropniaka opłucnej, Róży zgorzelinowej, Schyłkowej niewydolności wątroby, Stenozy zastawki aortalnej, Stwardnienia rozsianego (zarówno rozpoznanie, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Stwardnienia zanikowego bocznego (zarówno rozpoznanie, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Śpiączki, Śpiączki afrykańskiej, Tętniaka, Tocznia rumieniowatego, Toksoplazmozy nabytej ocznej, Twardziny układowej uogólnionej, Udaru mózgu, Udaru mózgu niepowodującego trwałych deficytów neurologicznych (Mikroudar), Utraty mowy, Utraty możliwości samodzielnej egzystencji, Utraty słuchu, Utraty wzroku, Wirusowego zapalenia mózgu, Wrzodziejącego zapalenie jelita grubego (rozpoznanie choroby w stanie niewymagającym resekcji), Zaawansowanego stanu otępiennego (w tym choroby Alzheimer), Zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji albo w wyniku wykonywania obowiązków zawodowych, Zakrzepowej plamicy małopłytkowej (TTP) (Zespół Moschcowitza), Zawału serca, Zawału serca około zabiegowego typu 4a, Zespołu Guillaina-Barrégo, Zespołu krótkiego jelita, Ziarniniakowatości Wegenera oraz Żółtej gorączki,

DEFINICJE

§ 2

- Za wyjątkiem określeń zdefiniowanych w niniejszym paragrafie w ust. 2 – 4, wszelkie inne terminy użyte w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mają znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.
- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Ciężka choroba** – jedna z wymienionych chorób, urazów lub procedur medycznych wymieniona w Liście Ciężkich chorób, która po raz pierwszy wystąpiła u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
 - Lista Ciężkich chorób** – Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w którym zdefiniowane zostały Ciężkie choroby;
 - Tabela Ciężkich chorób** – tabelaryczne zestawienie Ciężkich chorób, stanowiące Załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Tabela określa, które Ciężkie choroby wchodzi w zakres poszczególnych wariantów, o których mowa w §1 ust. 2 oraz określa wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego przysługującego z tytułu danej Ciężkiej choroby jako procent sumy ubezpieczenia;

- b) **przeprowadzenie operacji lub zabiegu** – w przypadku Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA / PCI), Bąblowca mózgu, Choroby wieńcowej wymagającej leczenia operacyjnego (by-pass), Ciężkiej niewydolności nerek wymagającej przeszczepu nerki, Guza przysadki mózgowej lezonego operacyjnie, Kardiomiopatii wymagającej wszczepienia kardiowertera albo defibrylatora, Masywnego zator tętnicy płucnej lezonego operacyjnie, Odmy płucnej, Operacji aorty brzusznej lub aorty piersiowej (metodą małoinwazyjną albo poprzez otwarcie jamy brzusznej), Operacji tętniaka tętnic mózgowych (metodą małoinwazyjną albo poprzez otwarcie czaszki), Operacji zastawek serca, Przeszczepu dużych narządów, Przeszczepu skóry, Ropnia mózgu, Utraty kończyny, Wrzodziejącego zapalenie jelita grubego (stan ciężki wymagającym resekcji), Zakażonej martwicy trzustki,
- c) **rozpoczęcie następującego leczenia specjalistycznego:**
- leczenia immunosupresyjnego specjalistycznego - w przypadku Anemii aplastycznej;
 - leczenia przeciwprątkowego - w przypadku Gruźlicy układu oddechowego lub Gruźlicy uogólnionej;
 - regularnej dializoterapii - w przypadku Ciężkiej niewydolności nerek wymagającej dializoterapii,
- d) **leczenie szpitalne** – w przypadku Bakteryjnego zapalenia wsierdza, Boreliozy, Odkleszczowego wirusowego zapalenie mózgu, Schistomatozy, Sepsy (wymagającej leczenia na OIOMie lub niewymagającej leczenia na OIOMie), Tężca, Wstrząsu anafilaktycznego, Wścieklizny, Zatrucia tlenkiem węgla, Zgorzeli gazowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby znajdującej się w Wariancie ochrony wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, albo z dniem zmiany Wariantu ochrony na taki, który nie przewiduje ryzyka Ciężkiej choroby Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wskazanemu w Tabeli Ciężkich chorób procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu Wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby, który w zależności od Ciężkiej choroby wynosi 100%, 50%, 25% lub 10% sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony i jest potwierdzona w Certyfikacie.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie do Towarzystwa Ubezpieczeń:
 - 1) dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby Ubezpieczonego;
 - 2) dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy pomiędzy pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie 3-miesięczny okres Karencji liczony od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie danej Ciężkiej choroby jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
5. Z zastrzeżeniem postanowień pkt 6, w przypadku wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z Ciężką chorobą, z tytułu której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
6. W przypadku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Ciężkiej choroby w wysokości 50%, 25% albo 10% sumy ubezpieczenia, a następnie wystąpienia u Ubezpieczonego drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby pozostającej w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z wyżej wspomnianą Ciężką chorobą, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci kolejne świadczenie, przy czym łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Ciężkiej choroby (zgodnie z posiadanym przez Ubezpieczonego Wariantem ochrony).

§ 8

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby, która wystąpiła w wyniku poniższych zdarzeń, o ile pomiędzy poniższymi zdarzeniami a Ciężką chorobą zachodzi adekwatny związek przyczynowo – skutkowy:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 2) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) aktów wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy lub terroru;
 - 4) pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 5) odmowy poddania się leczeniu;
 - 6) udziału w Sportach wysokiego ryzyka;
 - 7) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 8) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 9) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 10) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);

- 11) odmowy poddania się leczeniu lub w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 12) choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV – nie dotyczy Ciężkiej choroby w postaci Zakażenia wirusem HIV;
 - 13) Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Cholery, Choroby Chagasa, Duru brzusznej, Dżumy, Filariozy, Gorączki Denga, Gorączki Ebola, Gorączki krwotocznej Chikungunya, Gorączki Lassa, Gorączki Marburg, Gorączki Zachodniego Nilu, Malarii, Schistomatozy, Śpiączki afrykańskiej lub Żółtej gorączki jeżeli do ich wystąpienia doszło w związku z pobytem Ubezpieczonego za granicą, a Ubezpieczony nie posiadał przy wjeździe wszystkich szczepień wymaganych przez władze tego kraju na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych lub nie potwierdził ich posiadania.
2. W okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby, jeżeli:
- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego zdiagnozowano stan chorobowy lub prowadzono diagnostykę w kierunku wykrycia stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej Choroby, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym, a Ciężką chorobą istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej
- lub
- 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono leczenie stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej Choroby, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym a Ciężką chorobą istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku Ciężkiej choroby spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialności tylko wtedy, gdy Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej, postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
3. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 1 ust. 2, 3 i 4; § 2; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1 i ust. 2; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 2; § 4 ust. 2; § 7; § 8.

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_CHM/11/23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Małżonka albo Partnera.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - 1) wariant Standard;
 - 2) wariant Plus;
 - 3) wariant Premium;
 - 4) wariant Maksymalny.
3. Załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Tabela Ciężkich chorób, określa które Ciężkie choroby wchodzą w zakres poszczególnych wariantów, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

O tym, czy w Umowie ubezpieczenia będzie miał zastosowanie wariant Standardowy, Plus, Premium czy Maksymalny Ciężkich chorób, lub żaden z tych wariantów, określa Wariant ochrony, o którym mowa w Warunkach Ubezpieczenia. Jeśli Umowa ubezpieczenia przewiduje kilka Wariantów ochrony do wyboru, różniących się pomiędzy sobą np. zakresem ochrony, sumami ubezpieczenia i składkami, Ty wybierasz do którego z nich chcesz przystąpić.

- 4) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienne jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 5) **Tabela Ciężkich chorób** – tabelaryczne zestawienie Ciężkich chorób, stanowiące Załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Tabela określa, które Ciężkie choroby wchodzą w zakres poszczególnych wariantów, o których mowa §1 ust. 2 oraz określa wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego przysługującego z tytułu danej Ciężkiej choroby jako procent sumy ubezpieczenia;

Zwróć uwagę, że wystąpienie Ciężkiej choroby jest różne ustalone dla różnych chorób: dla jednych będzie to postawienie diagnozy, dla innych przeprowadzenie operacji lub zabiegu, dla jeszcze innych rozpoczęcie leczenia.

DEFINICJE

§ 2

1. Za wyjątkiem określeń zdefiniowanych w niniejszym paragrafie w ust. 2 – 4, wszelkie inne terminy użyte w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mają znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.
2. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Ciężka choroba** – jedna z wymienionych chorób, urazów lub procedur medycznych wymieniona w Liście Ciężkich chorób, która po raz pierwszy wystąpiła u Małżonka albo Partnera w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) **Lista Ciężkich chorób** – Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w którym zdefiniowane zostały Ciężkie choroby;
 - 3) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 6) **Wystąpienie u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby** – zaistnienie u Małżonka albo Partnera jednej z następujących okoliczności:
 - a) **postawienie diagnozy** – w przypadku: Amyloidozy, Astmy steroido-opornej, Bakteryjnego zapalenia mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, Cholery, Choroby Castlemana, Choroby Chagasa, Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Choroby Huntingtona, Choroby Leśniowskiego-Crohna (zarówno rozpoznanie choroby, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Choroby neuronu ruchowego, Choroby Niemann-Picka, Choroby Pageta, Choroby Parkinsona (zarówno rozpoznanie choroby, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Duru brzuszego, Dystrofii mięśniowej, Dżumy, Filariozy, Gorączki Denga, Gorączki Ebola, Gorączki krwotocznej Chikungunya, Gorączki Lassa, Gorączki Marburg, Gorączki Zachodniego Nilu, Kardiomiopatii (w przypadku rozpoznania choroby w stopniu niewymagającym wszczepienia kardiowertera lub defibrylatora), Łagodnego guza mózgu, Łagodnego guza rdzenia kręgowego, Malaria, Miastonii, Neurobleriozy, Niewydolności nerek (w stopniu niewymagającym regularnej dializoterapii lub przeszczepu nerki), Nowotworu złośliwego, Odmrożeń IV stopnia, Oparzeń III stopnia, Ostrej niewydolności wątroby, Otosklerozy, Paraliżu (Porażenia), Pierwotnego nadciśnienia płucnego, Poważnego urazu głowy, Promienicy, Przewlekłej

niewydolności oddechowej, Przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP), Przewlekłego zapalenia wątroby, Ropniaka opłucnej, Róży zgorzelinowej, Schyłkowej niewydolności wątroby, Stenozy zastawki aortalnej, Stwardnienia rozsianego (zarówno rozpoznanie, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Stwardnienia zanikowego bocznego (zarówno rozpoznanie, jak i diagnoza stanu ciężkiego), Śpiączki, Śpiączki afrykańskiej, Tętniaka, Tocznia rumieniowatego, Toksoplazmozy nabytej ocznej, Twardziny układowej uogólnionej, Udaru mózgu, Udaru mózgu niepowodującego trwałych deficytów neurologicznych (Mikroudar), Utraty mowy, Utraty możliwości samodzielnej egzystencji, Utraty słuchu, Utraty wzroku, Wirusowego zapalenia mózgu, Wrzodziejącego zapalenie jelita grubego (rozpoznanie choroby w stanie niewymagającym resekcji), Zaawansowanego stanu odczynowego (w tym choroby Alzheimera), Zakażenia wirusem HIV w wyniku transfuzji albo w wyniku wykonywania obowiązków zawodowych, Zakrzepowej plamicy małopłytkowej (TTP) (Zespół Moschcowitza), Zawału serca, Zawału serca około zabiegowego typu 4a, Zespołu Guillaina-Barrégo, Zespół krótkiego jelita, Ziariniakowatości Wegenera oraz Żółtej gorączki,

- b) **przeprowadzenie operacji lub zabiegu** – w przypadku Angioplastyki naczyń wieńcowych (PTCA / PCI), Bąblowca mózgu, Choroby wieńcowej wymagającej leczenia operacyjnego (by-pass), Ciężkiej niewydolności nerek wymagającej przeszczepu nerki, Guza przysadki mózgowej leczonego operacyjnie, Kardiomiopatii wymagającej wszczepienia kardiowertera albo defibrylatora, Masywnego zator tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, Odmy opłucnej, Operacji aorty brzusznej lub aorty piersiowej (metodą małoinwazyjną albo poprzez otwarcie jamy brzusznej), Operacji tętniaka tętnic mózgowych (metodą małoinwazyjną albo poprzez otwarcie czaszki), Operacji zastawek serca, Przeszczepu dużych narządów, Przeszczepu skóry, Ropnia mózgu, Utraty kończyny, Wrzodziejącego zapalenie jelita grubego (stan ciężki wymagającym resekcji), Zakażonej martwicy trzustki,
- c) **rozpoczęcie następującego leczenia specjalistycznego:**
- leczenia immunosupresyjnego specjalistycznego - w przypadku Anemii aplastycznej;
 - leczenia przeciwprótkowego - w przypadku Gruźlicy układu oddechowego lub Gruźlicy uogólnionej;
 - regularnej dializoterapii - w przypadku Ciężkiej niewydolności nerek wymagającej dializoterapii,
- d) **leczenie szpitalne** – w przypadku Bakteryjnego zapalenia wsierdza, Boreliozy, Odkleszczowego wirusowego zapalenie mózgu, Schistomatozy, Sepsy (wymagającej leczenia na OIOMie lub niewymagającej leczenia na OIOMie), Tęcza, Wstrząsu anafilaktycznego, Wścieklizny, Zatrucia tlenkiem węgla, Zgorzeli gazowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na Wystąpieniu u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera znajdującej się w Wariancie ochrony wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, albo z dniem zmiany Wariantu ochrony na taki, który nie przewiduje ryzyka Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wskazanemu w Tabeli Ciężkich chorób procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu Wystąpienia u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby, który w zależności od Ciężkiej choroby wynosi 100%, 50%, 25% lub 10% sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony i jest potwierdzona w Certyfikacie.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie do Towarzystwa Ubezpieczeń:
 - 1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Wystąpienia Ciężkiej choroby Małżonka;
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby;
 - 3) dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Małżonka albo Partnera na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy pomiędzy pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie 3-miesięczny okres Karencji liczony od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie danej Ciężkiej choroby jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia u Małżonka albo Partnera ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
5. Z zastrzeżeniem postanowień pkt 6, w przypadku wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z tą Ciężką chorobą Małżonka albo Partnera, z tytułu której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
6. W przypadku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera w wysokości 50%, 25% albo 10% sumy ubezpieczenia, a następnie wystąpienia u Małżonka albo Partnera drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby pozostającej w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z wyżej wspomnianą Ciężką chorobą, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci kolejne świadczenie, przy czym łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera (zgodnie z posiadanym przez Ubezpieczonego Wariantem ochrony).

§ 8

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, która wystąpiła w wyniku poniższych zdarzeń, o ile pomiędzy poniższymi zdarzeniami a Ciężką chorobą Małżonka albo Partnera zachodzi adekwatny związek przyczynowo – skutkowy:
 - 1) próby samobójstwa Małżonka albo Partnera albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera, niezależnie od stanu poczytalności;

- 2) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) aktów wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy lub terroru;
 - 4) pozostawiania Małżonka albo Partnera pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia przez Małżonka albo Partnera narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania przez Małżonka albo Partnera zaleceń lekarskich, chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 5) udziału Małżonka albo Partnera w Sportach wysokiego ryzyka;
 - 6) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 8) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) choroby psychicznej lub choroby umysłowej Małżonka albo Partnera wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 10) odmowy poddania się przez Małżonka albo Partnera leczeniu lub w wyniku nieprzestrzegania przez Małżonka albo Partnera zaleceń lekarskich;
 - 11) choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV – nie dotyczy Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera w postaci Zakażenia wirusem HIV;
 - 12) Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Cholery, Choroby Chagasa, Duru brzuszego, Dżumy, Filariozy, Gorączki Denga, Gorączki Ebola, Gorączki krwotocznej Chikungunya, Gorączki Lassa, Gorączki Marburg, Gorączki Zachodniego Nilu, Malarii, Schistomatozy, Śpiączki afrykańskiej lub Żółtej gorączki jeżeli do jej wystąpienia doszło w związku z pobytem Małżonka albo Partnera za granicą, a Małżonek albo Partner nie posiadał przy wjeździe wszystkich szczepień wymaganych przez władze tego kraju na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych lub nie potwierdził ich posiadania.
2. W okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera zdiagnozowano stan chorobowy lub prowadzono diagnostykę w kierunku wykrycia stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Małżonka albo Partnera Ciężkiej Choroby, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym, a Ciężką chorobą Małżonka albo Partnera istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej
 - lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera prowadzono leczenie stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Małżonka albo Partnera Ciężkiej Choroby, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym a Ciężką chorobą Małżonka albo Partnera istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
 3. W przypadku Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera spowodowanej Niefortunnym wypadkiem, Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialności tylko wtedy, gdy Niefortunny wypadek miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej, postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
3. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

LISTA CIĘŻKICH CHOROÓB

stanowiąca załącznik nr 1 do:

- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (kod warunków: UG_CH/11/23) oraz
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (kod warunków: UG_CHM/11/23)

1. **Amyloidoza** – gromadzenie się w tkankach i narządach białka zwanego amyloidem, prowadzące do postępującej niewydolności narządów. Definicja zostanie spełniona kiedy zostanie potwierdzona niewydolność serca lub nerek, wątroby lub obwodowego układu nerwowego.
2. **Anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna)** – przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, powodująca łączne wystąpienie: spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, która powoduje konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych, stymulujących odnowę szpiku kostnego lub przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje anemii aplastycznej będącej chorobą wrodzoną lub skutkiem chemioterapii lub radioterapii nowotworów.
3. **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA / PCI)** – procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu polegającego na przeszkornym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia. Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę przeprowadzania zabiegu.
4. **Astma steroidoodporna** – przewlekła, ciężka astma, oporna na leczenie wysokimi dawkami wziewnych i systemowych glikokortykosteroidów, potwierdzona ujemną próbą rozkurczową po zastosowaniu wysokich dawek sterydów systemowych (brak wzrostu FEV1 powyżej 15% po leczeniu wysokimi dawkami prednizolonu).
5. **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostra choroba zakaźna rozpoznana na podstawie badania ogólnego oraz dodatkiego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczona w warunkach szpitalnych.
6. **Bakteryjne zapalenie wsierdza** – poza szpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) odpowiednio u Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego z własnymi zastawkami serca, wymagające hospitalizacji. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki zdiagnozowane odpowiednio u Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, ze wszczepionym stymulatorem lub kardiowerterem, po operacji serca, używających środki uzależniające.
7. **Bąblowiec mózgu** – oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym, skutkująca trwałym deficyt neurologiczny. Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji.
8. **Borelioza (stan ciężki wymagający leczenia szpitalnego)** – krętkowica przenoszona przez kleszcze, przebiegająca ze zmianami narządowymi w postaci: zapalenia stawów lub zapalenia mięśnia sercowego lub przewlekłego zanikowego zapalenia skóry kończyn, potwierdzona obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM w teście Elisa i Western-Blota wymagająca leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące leczeniem szpitalnym powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
9. **Cholera** - ostra choroba zakaźna wywołana przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka) oraz potwierdzeniu obecności wirusa w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.
10. **Choroba Castlemana** – choroba powodująca nienowotworowy rozrost komórek układu limfatycznego w węzłach chłonnych lub poza nimi. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest powiększenie węzłów chłonnych w co najmniej w 2 okolicach anatomicznych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.
11. **Choroba Chagasa** - zoonoza pasożytnicza wywołana przez *Trypanosoma Cruzi*. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych oraz potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych lub neurolog na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych.
12. **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – neurodegeneracyjna, nieuleczalna choroba ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do zwyrodnienia gąbczastego skutkującego szybko rozwijającym się otępieniem oraz zaburzeniami w zakresie ruchu powodującymi niezdolność do samodzielnej egzystencji. Choroba musi być rozpoznana przez specjalistę neurologa.
13. **Choroba Huntingtona** – postępująca choroba ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznana przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.
14. **Choroba Leśniowskiego-Crohna (rozpoznanie)** – rozpoznanie przewlekłego, nieswoistego zapaleniem jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Odpowiedzialnością Towarzystwa objęta jest wyłącznie taka choroba Leśniowskiego-Crohna, która potwierdzona została badaniem histopatologicznym oraz podjęciem systemowego leczenia prowadzonego przez specjalistę gastroenterologa.
15. **Chorobę Leśniowskiego-Crohna (stan ciężki)** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Leśniowskiego-Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu Choroby Leśniowskiego-Crohna (rozpoznanie), świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.

- Choroba neuronu ruchowego** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa w oparciu o obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę neuronu ruchowego uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
16. a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne również wtedy, jeśli może odbywać się przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń ale bez pomocy drugiej osoby;
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
e) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków (jedzenie i picie).
- Choroba Niemann-Picka** – neurodegeneracyjna choroba spichrzeniowa polegająca na gromadzeniu w komórkach lipidów. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone w badaniu histopatologicznym lub charakterystycznym obrazem rezonansu mózgu.
17. **Choroba Pageta** – choroba metaboliczna kości, która prowadzi do zaburzenia ich struktury i rozwoju, charakteryzująca się nadmiernym rozrostem kości oraz osłabieniem ich struktury, co może prowadzić do deformacji i łamliwości kości oraz do zaburzeń nerwowych spowodowanych uciskiem na nerwy. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę ortopedę lub reumatologa, na podstawie badań obrazowych, takich jak zdjęcia rentgenowskie, tomografia komputerowa (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Ochroną ubezpieczeniową objęta jest taka postać choroby, w której doszło do złamania patologicznego kości.
18. **Choroba Parkinsona (rozpoznanie)** – oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmocnienia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Wykluczony z odpowiedzialności jest parkinsonizm objawowy i zespoły parkinsonowskie. Przez zespoły parkinsonowskie należy rozumieć stany objawowe charakterystyczne dla Choroby Parkinsona, różniące się od niej odmienną etiologią. Przez parkinsonizm objawowy (wtórny) należy rozumieć zespół objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, towarzyszący innym chorobom.
19. **Choroba Parkinsona (stan ciężki)** – oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmocnienia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Wykluczony z odpowiedzialności jest parkinsonizm objawowy i zespoły parkinsonowskie. Przez zespoły parkinsonowskie należy rozumieć stany objawowe charakterystyczne dla Choroby Parkinsona, różniące się od niej odmienną etiologią. Przez parkinsonizm objawowy (wtórny) należy rozumieć zespół objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, towarzyszący innym chorobom. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę Parkinsona uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
20. a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne również wtedy, jeśli może odbywać się przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń ale bez pomocy drugiej osoby;
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
e) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków (jedzenie i picie).
- W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu Choroby Parkinsona (rozpoznanie), świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.
- Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass)** – operacja kardiologiczna mająca na celu korektę zwężenia lub niedrożności w jednej lub kilku tętnicach wieńcowych poprzez wszczepienie pomostów naczyniowych. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę wieńcową wymagającą leczenia operacyjnego (by-pass) nie uważa się zabiegów wewnątrznaczyniowych. Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę przeprowadzenia operacji.
21. **Ciężka niewydolność nerek** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność obu nerek, skutkująca koniecznością regularnej hemodializy lub dializy otrzewnej, lub przeszczepu nerki. Diagnoza powinna zostać postawiona przez specjalistę nefrologa.
22. *Uwaga: Niewydolność nerek (łżejszą chorobę niż powyższa Ciężka niewydolność nerek) - znajdziesz pod literą „N”*
23. **Dur brzuszny** – ostra choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego – *Salmonella typhi* potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, immunologicznych). Powyższa definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa.
- Dystrofia mięśniowa** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
24. a) osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgnistych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
b) typowy obraz elektromiograficzny,
c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
25. **Dżuma** - bakteryjna choroba zakaźna wywołana przez pałeczki dżumy (*Yersinia pestis*), której rozpoznanie zostało potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
26. **Filarioza** – grupa tropikalnych chorób, które wywołują nicienie, powodujące niedrożność drobnych naczyń limfatycznych i krwionośnych, a w konsekwencji masywne obrzęki określane mianem słoniowaczyny. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych oraz potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych lub chirurga na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
- Gorączka denga** - ostra choroba wywołana wirusem dengi przebiegająca z wysoką gorączką oraz z co najmniej dwoma z następujących objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza: bóle głowy, ból pozagałkowy, bóle mięśni, bóle stawów, wysypka, objawy krwotoczne, leukopenia. Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
27. a) izolacja wirusa dengi z surowicy,
b) potwierdzenie materiału genetycznego w badaniu PCR,
c) potwierdzenie swoistych przeciwciał w klasie IgM.

28. **Gorączka Ebola** - gorączka krwotoczna wywołana przez wirus Ebola, której rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
29. **Gorączka krwotoczna Chikungunya** – gorączka wywołana przez wirus Chikungunya, której rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych.
30. **Gorączka Lassa** – gorączka krwotoczna wywołana przez arenawirusy, której rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
31. **Gorączka Marburg** – gorączka krwotoczna wywołana przez wirus Marburg, której rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
32. **Gorączka Zachodniego Nilu** – ostra choroba tropikalna wywołana przez wirus Zachodniego Nilu, której rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
33. **Guzy przysadki mózgowej leczone operacyjnie** – rozpoznanie łagodnego guza przysadki mózgowej (makrogruczolak), który wymaga leczenia operacyjnego. Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę przeprowadzania operacji.
34. **Gruźlica układu oddechowego** – choroba zakaźna wywołana przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* rozpoznana przez lekarza pulmonologa na podstawie objawów klinicznych, badań mikrobiologicznych (badania genetyczne, posiew, rozmaz lub hodowla na podłożu stałym), badań obrazowych (RTG lub CT klatki piersiowej), testów IGRA, wymagająca wdrożenia leczenia przeciwprątkowego w warunkach szpitalnych, jeżeli chorobą zostanie objęty jedynie układ oddechowy. Wyłączeniu podlega gruźlica u osób: z infekcją HIV, nadużywających alkoholu, leczonych lekami immunosupresyjnymi.
35. **Gruźlica uogólniona** – choroba zakaźna wywołana przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* rozpoznana przez lekarza pulmonologa na podstawie objawów klinicznych, badań mikrobiologicznych (badania genetyczne, posiew, rozmaz lub hodowla na podłożu stałym), badań obrazowych (RTG lub CT klatki piersiowej), testów IGRA, wymagająca wdrożenia leczenia przeciwprątkowego w warunkach szpitalnych, jeżeli chorobą zostanie objęty układ oddechowy oraz co najmniej jeden dodatkowy układ lub narząd. Wyłączeniu podlega gruźlica u osób: z infekcją HIV, nadużywających alkoholu, leczonych lekami immunosupresyjnymi. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu Gruźlicy układu oddechowego, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.
36. **Kardiomiopatia (rozpoznanie)** – rozpoznanie upośledzenia funkcji lewej komory serca sklasyfikowane jako II lub III stopień w skali NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego). Rozpoznanie musi być postawione w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez kardiologa i być potwierdzone wynikami badań echokardiograficznych. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków, gdy przyczyną wystąpienia choroby było nadużywanie alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.
37. **Kardiomiopatia wymagająca wszczęcia kardiowertera albo defibrylatora** – trwale i nierokujące poprawy upośledzenie funkcji lewej komory serca, prowadzące do wystąpienia przewlekłej niewydolności serca, wymagające wszczęcia kardiowertera albo defibrylatora. Rozpoznanie musi być postawione w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez kardiologa i być potwierdzone wynikami badań echokardiograficznych. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków, gdy przyczyną wystąpienia choroby było nadużywanie alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu rozpoznania Kardiomiopatii, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę. Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji wszczęcia kardiowertera albo defibrylatora.
38. **Łagodny guz mózgu** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych (padaczka, zaburzeniami ruchowe, czuciowe, zaburzenia psychiczne) wymagający leczenia neurochirurgicznego lub radioterapii, lub chemioterapii. Istnienie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi takimi jak CT (tomografia komputerowa) lub MRI (rezonans magnetyczny). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, guzy przysadki mózgowej, guzy rdzenia kręgowego.
39. **Łagodny guz rdzenia kręgowego** – niezłośliwy histologicznie guz rdzenia kręgowego lub opon mózgowych, wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone jednoznacznie w badaniach obrazowych lub badaniu histopatologicznym. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwiaków, malformacji naczyniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, wypadnięcia krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, dyskopatii, gruźlicy, urazów kręgosłupa.
40. **Malaria** – choroba pasożytnicza wywołana przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na badaniach, które potwierdziły występowanie zarodźca malarii w rozmazach krwi włośniczkowej oraz występowanie antygenu zarodźca malarii w testach immunochromatograficznych.
41. **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej. Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji.
42. **Miastenia** – schorzenie układu nerwowego mające podłoże autoimmunologiczne, charakteryzujące się nadmierną nużliwością mięśni poprzecznie prążkowanych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami elektrofizjologicznymi oraz immunologicznymi. Ochroną objęta jest wyłącznie taka postać miastenii, która charakteryzuje się trwałym ograniczeniem pola widzenia oraz okresowymi zaburzeniami połykania lub mowy.
43. **Neuroborelioza** – zakaźna choroba spowodowana przez krętki z rodzaju *Borrelia*, przebiegająca z zajęciem układu nerwowego. Zakresem ubezpieczenia objęta jest wyłącznie taka neuroborelioza, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
c) zapalenie nerwu czaszkowego,
d) zapalenie wielokorzeniowe.
Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby muszą być jednoznacznie potwierdzone przez dokumentację medyczną.
44. **Niewydolność nerek** – przewlekła choroba nerek charakteryzująca się spadkiem ich wydolności. Definicja jest spełniona, jeśli wartość wskaźnika GFR potwierdzona w badaniach laboratoryjnych znajduje się w przedziale od 15 do 44 mililitrów na minutę.
Uwaga: Ciężką niewydolność nerek - znajdziesz pod literą „C”

Nowotwór złośliwy – obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i rozszczeniu sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe, których głębokość nacieku przekracza 1,5 mm lub klasyfikowanym powyżej 3 poziomu inwazji wg. Skali Clarka. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i potwierdzony przez lekarza odpowiedniej specjalności.

W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:

- a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
- b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ” („tumours in situ”, Tis),
- c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
45. d) raka pęcherza moczowego stadium Ta wg międzynarodowej klasyfikacji TNM,
- e) raka tarczycy brodawkowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a wg międzynarodowej klasyfikacji TNM (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
- f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
- g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
- h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
- i) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanego jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
- j) nowotworów neuroendokrynnych o niskim potencjale złośliwości (Ki67 poniżej 5%),
- k) wszelkich guzów o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) wg badania histopatologicznego.

Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę pobrania materiału do badania.

46. **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu wymagające leczenia szpitalnego** – choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością leczenia szpitalnego, potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10 i podane w karcie wypisu ze szpitala.

47. **Odma opłucnej** – wymagająca drenażu, skutkująca zmniejszeniem wydolności oddechowej potwierdzone badaniem spirometrycznym. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączona odma samoistna. Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę przeprowadzenia operacji.

48. **Odmrożenia IV stopnia** – odmrożenie w wyniku którego doszło do powstania głębokiej martwicy przynajmniej jednej części ciała lub do samoistnej amputacji odmrożonej części ciała, przy jednoczesnym zniesionym czuciu bólu. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje odmrożeń będących skutkiem spożycia alkoholu.

49. **Oparzenia III stopnia** – oparzenia III stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania.

50. **Operacja aorty brzusznej** – tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej (z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty), które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej. Rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczęcia protezy naczyniowej. Definicja nie obejmuje operacji wykonanej przy użyciu technik śródnaczyniowych (małoinwazyjnych). Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji.

51. **Operacja aorty piersiowej (aorty wstępującej)** – tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej, z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczęcia protezy naczyniowej. Definicja nie obejmuje operacji wykonanej przy użyciu technik śródnaczyniowych (małoinwazyjnych). Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu Stenozy zastawki aortalnej, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.

52. **Operacja aorty wykonana techniką małoinwazyjną** – operacja wykonana techniką śródnaczyniową, w tym przezskórna operacja wszczęcia protezy naczyniowej. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji.

Uwaga: chorobę aorty – Stenoza zastawki aortalnej – znajdziesz pod literą „S”

53. **Operacja tętniaka tętnic mózgowych** – zabieg polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem klasycznej metody neurochirurgicznego klipsowania (operacja z otwarciem czaszki). Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.

54. **Operacja tętniaka tętnic mózgowych metodą małoinwazyjną** – zabieg wewnątrznaczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka z krążenia mózgowego. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.

Uwaga: chorobę tętnic mózgowych – Tętniaka – znajdziesz pod literą „T”

55. **Operacja zastawek serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Definicja nie obejmuje operacji wykonanej przy użyciu technik śródnaczyniowych (małoinwazyjnych). W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu Stenozy zastawki aortalnej, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.

56. **Operacja zastawki serca wykonana techniką małoinwazyjną** – wszczęcia protezy zastawkowej przeprowadzone metodą małoinwazyjną tzn. nie wymagającą sternotomii albo operacja przeprowadzana z dostępu śródnaczyniowego. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu Stenozy zastawki aortalnej, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.

57. **Ostra niewydolność wątroby** – potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby nie związana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi i żółtaczki w ciągu maksymalnie 4 tygodni od dnia początku objawów.

58. **Otoskleroz** – choroba ucha środkowego polegająca na zrośnięciu się i usztywnieniu kosteczek słuchowych, które przewodzą dźwięk w uchu, rozpoznana przez lekarza laryngologa. W rozumieniu powyższej definicji choroba musi być obustronna, a średni ubytek słuchu dla częstotliwości mowy od 500 Hz do 2000 Hz musi wynosić minimum 50 db.

59. **Paraliż (Porażenie)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi.

60. **Pierwotne nadciśnienie płucne** – choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg NYHA. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego z jakiegokolwiek innej przyczyny.
- Poważny uraz głowy** – uraz głowy powstały wskutek Nieszczęśliwego wypadku, powodujący deficyt neurologiczny (potwierdzony po zakończeniu leczenia) będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności do:
61. a) poruszania się pomiędzy pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
62. **Promienica** – przewlekła choroba zakaźna, wywołana przez bakterie beztlenowe z rodzaju *Actinomyces*, rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem mikrobiologicznym polegającym na wyhodowaniu promieniowców w warunkach beztlenowych (treść ropna uzyskana z przetok, ropni i ropniaków) lub badaniem histopatologicznym potwierdzającym charakterystyczne dla promieniowców ziarnistości.
63. **Przeszczep dużych narządów** – przebyte, w charakterze biorcy, operacji przeszczepu głównego organu: serca, wątroby, płuca, szpiku kostnego, nerki bądź trzustki. Ochroną ubezpieczeniową objęte jest także potwierdzenie przyjęcia na oficjalną krajową listę oczekujących na jeden z przeszczepów objętych niniejszą definicją. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.
64. **Przeszczep skóry** – taki przeszczep skóry, gdzie powierzchnia przeszczepianej skóry stanowi min 2% powierzchni całkowitej ciała (TBSA). Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.
- Przewlekła niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego. Świadczenie jest należne, jeśli zostaną spełnione wszystkie z poniższych warunków:
65. a) udokumentowanie konieczności stosowania przewlekłej tlenoterapii przez co najmniej 6 godzin na dobę oraz
b) wynik oceny FEV1 poniżej 1 litra.
W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu **Przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)**, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.
66. **Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)** – choroba charakteryzująca się postępującym, niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oskrzelowe, rozpoznany na podstawie próby rozkurczowej oskrzeli. Definicja zostanie spełniona, jeśli choroba będzie wymagała przewlekłej tlenoterapii (min. 6h dziennie).
- Przewlekłe zapalenie wątroby** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria:
67. a) włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7 kPa;
b) obecność HBV DNA / HCV RNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
c) podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy
d) kliniczne objawy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczki, wodobrzusza, żyłaków przełyku.
68. **Ropień mózgu** – usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu opisana w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym. Za datę zajścia zdarzenia uważa się datę przeprowadzenia operacji.
69. **Ropniak opłucnej** – choroba bakteryjna stanowiąca powikłanie procesu zapalnego w obrębie układu oddechowego potwierdzona badaniem obrazowym (RTG, tomografią komputerową bądź MRI).
70. **Róża zgorzelinowa** – pierwszorazowe rozpoznanie zgorzelinowej postaci róży będące wynikiem zakażenia skóry paciorkowcem, prowadzące do tworzenia się zgorzeli lub martwicy skóry. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniami krwi (w tym testami immunologicznymi – poziom antystreptolizyny O), a także badaniem USG dopplerowskie i angiografią kończyn dolnych w celu wykluczenia zakrzepicy żył dolnych.
71. **Schistomatoza wymagająca leczenia szpitalnego** – ostra choroba wywołana przez pasożyty, przywry z rodzaju *Schistosoma*, wymagająca leczenia szpitalnego przebiegająca z gorączką, bólami brzucha, hepato-splenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
- Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać przewlekłej choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
72. a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
b) trwała żółtaczka,
c) żyłaki przełyku,
d) encefalopatia wrotna.
Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje schyłkowej niewydolności wątroby będącej skutkiem spożywania alkoholu.
73. **Sepsa niewymagająca pobytu na OIOM** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów we krwi, prowadzący do niewydolności co najmniej dwóch narządów. Wymagająca hospitalizacji.
74. **Sepsa wymagająca leczenia na OIOM** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu, wymagająca leczenia na OIOM.
75. **Stenoza zastawki aortalnej** – łagodne lub umiarkowane zwężenie ujścia zastawki aortalnej o powierzchni większej niż 1 cm². Rozpoznane musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym przez lekarza kardiologa.
Uwaga: Operacje aorty – znajdziesz pod literą „O”
76. **Stwardnienie rozsiane (rozpoznanie)** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdzającym obecność prązków oligoklonalnych, badaniem rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym. Do spełnienia definicji nie jest wymagana obecność ubytków neurologicznych.

- Stwardnienie rozsiane (stan ciężki)** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
77. a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi – zaburzenia chodu lub niedowład kończyn dolnych (w skali Loveta 1-3), utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy oraz
 b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdzającym obecność prążków oligoklonalnych, badaniem rezonansu magnetycznego (MRI) potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym.
- W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu **rozpoznania Stwardnienia rozsianego**, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.
- Stwardnienie zanikowe boczne (SLA, rozpoznanie)** – postępująca neurodegeneracyjna choroba układu nerwowego. Charakteryzuje się zanikami i fasykulacjami mięśni oraz stopniową utratą sprawności ruchowej. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością objawów uszkodzenia górnego i dolnego neuronu oraz badaniem EMG (badanie przewodnictwa nerwowego w mięśniach).
78. **Stwardnienie zanikowe boczne (SLA, stan ciężki)** – postępująca neurodegeneracyjna choroba układu nerwowego. Charakteryzuje się zanikami i fasykulacjami mięśni oraz stopniową utratą sprawności ruchowej. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością objawów uszkodzenia górnego i dolnego neuronu oraz badaniem EMG (badanie przewodnictwa nerwowego w mięśniach). Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia jeśli choroba spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego do:
79. a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne również wtedy, jeśli może odbywać się przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń ale bez pomocy drugiej osoby;
 b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków (jedzenie i picie);
- W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu **rozpoznania Stwardnienia zanikowego bocznego (SLA)**, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.
- Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nie rokującego możliwości poprawy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej.
80. **Śpiączka afrykańska** – choroba pasożytnicza przenoszona przez muchę tse-tse, którą wywołuje pierwotniak świdrowiec gambijski lub rodezyjski. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych lub neurolog na podstawie wyników odpowiednich testów laboratoryjnych.
81. **Tętniak** – tętniak naczyń mózgowych zdiagnozowany na podstawie badania angiografii z użyciem tomografu komputerowego lub rezonansu magnetycznego. Ochroną nie są objęte tętniaki powstałe na skutek urazów.
82. *Uwaga: Operacje tętniaka tętnic mózgowych znajdziesz pod literą „O”*
- Tężec wymagający leczenia na OIOMie** – ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.
83. **Toczeń rumieniowaty** – wyłącznie taki układowy toczень rumieniowaty, który oznacza chorobę autoimmunologiczną z zajęciem nerek potwierdzoną w badaniu histopatologicznym w stopniu powyżej III klasy kłębkowego zapalenia nerek w klasyfikacji WHO.
84. **Toksoplazmoza nabyta oczna** – choroba pasożytnicza, wywołana przez pierwotniaka *Toxoplasma gondii*. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza chorób zakaźnych badaniami immunologicznymi.
85. **Twardzina układowa uogólniona** – autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, potwierdzoną przez biopsję i badania serologiczne, przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem przynajmniej jednego z organów: nerek, wątroby, płuc lub serca. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza reumatologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje twardziny skórnej, eozynofilowego zapalenia powięzi, zespołu CREST, zespołów twardzinopodobnych w przebiegu różnych chorób metabolicznych, keloidu.
86. **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu, skutkujące powstaniem trwałych ubytków neurologicznych potwierdzonych w badaniu nie wcześniej niż 6 tygodni po dokonaniu udaru. Za trwałe ubytki neurologiczne uważa się: porażenia i niedowład kończyn, padaczkę poudarową, zespół mózdkowy, uszkodzenia nerwów czaszkowych, zaburzenia mowy, encefalopatię potwierdzoną w badaniu psychiatrycznym i testach neuropsychologicznych.
- Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu
87. Warunków Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
 c) przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (RIND);
 d) uszkodzenia mózgu w następstwie epizodów niedotlenienia powstałych w wyniku zatrzymania krążenia;
 e) przebytego w przeszłości udaru mózgu rozpoznanego na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonanych w ramach diagnostyki w innym kierunku niż udar mózgu.
- Udar mózgu niepowodujący trwałych deficytów neurologicznych (Mikroudar)** – pierwszorazowy w Okresie ubezpieczenia, nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin. Rozpoznanie mikroudaru musi być potwierdzone w badaniach obrazowych mózgu (MRI, CT). Do nabycia prawa do świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się deficytów neurologicznych. Wykluczone są epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA). Wcześniejsza wypłata z tytułu Udaru mózgu wyklucza wypłatę z Udaru niepowodujący trwałych deficytów neurologicznych (Mikroudaru).
88. **Utrata kończyny** – amputacja kończyny będąca skutkiem choroby lub wypadku, w przypadku kończyny dolnej – na poziomie stawu skokowego lub powyżej, w przypadku kończyny górnej – na poziomie nadgarstków lub powyżej.
89. Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę przeprowadzenia operacji amputacji.

90. **Utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna, niemożliwa do skorygowania leczeniem, utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalistą (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka.
91. **Utrata możliwości samodzielnej egzystencji** – rozpoznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne również wtedy, jeśli może odbywać się przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń ale bez pomocy drugiej osoby;
 - kontrolowania oddawania moczu lub kału;
 - samodzielnego dbania o higienę osobistą;
 - samodzielnego ubierania i rozbierania się;
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków (jedzenie i picie).
92. **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu, gdzie przez całkowitą utratę słuchu rozumie się średni ubytek słuchu dla częstotliwości mowy od 500 Hz do 2000 Hz na poziomie minimum 90 db. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków Utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu **Otosklerozy**, świadczenie zostanie pomniejszone o wcześniej wypłaconą kwotę.
93. **Utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnoza całkowitej utraty wzroku powinna być postawiona przynajmniej 6 miesięcy po rozpoczęciu konkretnego schorzenia bądź zaistnieniu wypadku. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki. Ostrość wzroku w obojgu oczach po korekcji w teście przy użyciu tablicy Snellena musi wynosić 0,1 lub mniej. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
94. **Wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku) prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez przynajmniej 6 kolejnych tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa lub lekarza chorób zakaźnych. Powyższa definicja nie obejmuje odkleszczowego zapalenia mózgu.
95. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego (rozpoznanie)** – choroba potwierdzona przez lekarza gastrologa na podstawie badania histopatologicznego oraz wymagająca wdrożeniem leczenia systemowego.
96. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego (stan ciężki)** – ciężka postać choroby wymagająca wykonania resekcji jelita grubego (totalnej kolektomii). Rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez lekarza gastrologa na podstawie wyniku badania histopatologicznego. W przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu **rozpoznania Wrzodzącego zapalenia jelita grubego**, świadczenie zostanie pomniejszone wcześniej wypłaconą kwotą.
97. **Wstrząs anafilaktyczny wymagający leczenia szpitalnego** – pierwszorazowa ciężka reakcja organizmu na czynnik, który powoduje u niego nadwrażliwość, wymagająca podania adrenaliny oraz leczenia szpitalnego. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte przypadki takiego wstrząsu anafilaktycznego, gdzie wystarczający był pobyt na SOR.
98. **Wściekliczna wymagająca leczenia szpitalnego** – ostra choroba zakaźna wymagająca hospitalizacji przebiegająca w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana w oparciu o charakterystyczne objawy oraz wykrycie wirusa wściekliczny (Rabies virus) w próbkach materiału pobranego ze skóry, śliny, z płynu mózgowo-rdzeniowego bądź wykrycie swoistych przeciwciał w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
99. **Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)** – postępujący proces spowodowany znacznym ubytkiem neuronów, w którym oprócz osłabienia funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, zdolności myślenia abstrakcyjnego np.) występują zaburzenia wyższych czynności korowych (mowy, rozpoznawania znanych wcześniej przedmiotów, wykonywania wyuczonych czynności celowych np.). Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za włączenie taki Zaawansowany stan otępienny, w którym:
- trwałe i nieodwracalne uszkodzenie sprawności mózgu potwierdzone jest w znormalizowanych testach diagnostycznych oraz
 - pacjent wymaga stałego nadzoru, kontroli i pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.
- Z odpowiedzialności wyłączone są zespoły otępienne spowodowane chorobami psychicznymi, używaniem alkoholu, narkotyków lub środków odurzających.
100. **Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji** – powikłanie po transfuzji krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię. Przeprowadzenie transfuzji krwi musi zostać potwierdzone w karcie informacyjnej ze szpitala.
101. **Zakażenie wirusem HIV w wyniku wykonywania obowiązków zawodowych** – tylko takie zakażenie, które jest następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, pod warunkiem, że odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner Ubezpieczonego przedstawi ujemny wynik testu na obecność wirusa HIV lub przeciwciał skierowanych przeciwko temu wirusowi wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu i w organizmie odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wykazana zostanie obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.
102. **Zakażona martwica trzustki** – pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii i nekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki.
103. **Zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP) (Zespół Moschcowitza)** – choroba polegająca na tworzeniu się zakrzepów w małych naczyniach krwionośnych skutkująca skazą krwotoczną oraz anemią.
104. **Zatrucie tlenkiem węgla** – zatrucie CO potwierdzone badaniem poziomu karboksyhemoglobiny, które wymaga leczenia tlenem w komorze hiperbarycznej lub zastosowania respiratoroterapii, powodujące uszkodzenie mięśnia sercowego i zaburzenie rytmu serca.
- Zawał serca** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na stwierdzeniu zmian w poziomie biomarkerów martwicy mięśnia sercowego (np. Troponiny, kinazy kreatyninowej) wykraczających poza zakresy norm oraz na stwierdzeniu jednego z poniższych kryteriów:
- stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego
 - świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineta).
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
- stabilną i niestabilną chorobę wieńcową;
 - przebyte w przeszłości zawał serca rozpoznany na podstawie zmian w EKG i ECHO serca wykonanych w ramach diagnostyki w innym kierunku niż zawał serca.
 - zawały okołozabiegowe typu 4a.

106. **Zawał serca okołozabiegowy typu 4a** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia na skutek przeprowadzania zabiegu na naczyniach wieńcowych. Diagnoza musi być oparta na stwierdzeniu podwyższonego poziomu biomarkerów martwicy mięśnia sercowego (np. troponiny, kinazy kreatyninowej) oraz na stwierdzeniu jednego z poniższych kryteriów:
- a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (np. hipokineza, akineza).
107. **Zespół Guillaina-Barrégo** – ostra, zapalna neuropatia obwodowa charakteryzująca się uszkodzeniem komórek nerwowych odpowiadających za ruch i czucie. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością białka oligoklonalnego w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz uszkodzeniem włókien ruchowych i czuciowych w badaniu EMG.
108. **Zespół krótkiego jelita** – upośledzenia wchłaniania, spowodowane wycięciem lub wyłączeniem fizjologicznej czynności części lub całości jelita cienkiego, powodujące, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunek) oraz przez badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia).
109. **Zgorzel gazowa** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*.
110. **Ziarniniakowatość Wegenera** – układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek leczonej dializoterapią, schyłkowej niewydolności oddechowej leczonej przewlekłą tlenoterapią, utraty wzroku, utraty słuchu. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.
111. **Żółta gorączka** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewano lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, na wystąpieniu charakterystycznych objawów klinicznych oraz na potwierdzeniu rozpoznania wynikami badań wirusologicznych lub immunologicznych.

TABELA CIĘŻKICH CHOROÓB

Stanowiąca załącznik nr 2 do:

- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (kod warunków: UG_CH/11/23) oraz
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (kod warunków: UG_CHM/11/23)

Poniższa tabela przedstawia jakie jednostki chorobowe występują w każdym z wariantów oraz jaki % sumy ubezpieczenia zostanie wypłacony w przypadku zajścia danej choroby. Jeżeli pole w tabeli jest puste, oznacza to, iż ta choroba nie wchodzi w zakres danego wariantu.

Przykładowo, jeżeli w Twoim ubezpieczeniu masz wariant Standardowy i zachorujesz na Amyloidozę, to nie dostaniesz wypłaty z ubezpieczenia.

Gdyby jednak w Twoim ubezpieczeniu był wariant Premium, wówczas otrzymałbyś 50% sumy ubezpieczenia

(tzn. jeżeli suma ubezpieczenia wynosi 10.000 zł to $50\% \times 10.000 \text{ zł} = 5.000 \text{ zł}$).

Podobnie w przypadku zachorowania Twojego Małżonka albo Partnera, o ile w swoim ubezpieczeniu masz Ciężkie choroby Małżonka albo Partnera.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Wystąpienia u Ubezpieczonego Ciężkiej choroby oraz z tytułu Wystąpienia u Małżonka albo Partnera Ciężkiej choroby możesz sprawdzić w swoim certyfikacie.

Lp.	Nazwa Ciężkiej choroby	Wariant Maksymalny	Wariant Premium	Wariant Plus	Wariant Standardowy	% sumy ubezpieczenia
1.	Amyloidozą	✓	✓			50%
2.	Anemia aplastyczna	✓	✓	✓	✓	100%
3.	Angioplastyka naczyń wieńcowych	✓	✓	✓	✓	25%
4.	Astma steroidoodporna	✓				50%
5.	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych	✓	✓	✓		100%
6.	Bakteryjne zapalenie wsierdza	✓	✓	✓		100%
7.	Bąblowiec mózgu	✓	✓	✓		100%
8.	Borelioza (wymagająca leczenia szpitalnego)	✓	✓	✓		10%
9.	Cholera	✓	✓	✓		100%
10.	Choroba Castlemana	✓	✓			25%
11.	Choroba Chagasa	✓	✓	✓		100%
12.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓	✓	✓		100%
13.	Choroba Huntingtona	✓	✓	✓		100%
14.	Choroba Leśniowskiego-Crohna (rozpoznanie)	✓				25%
15.	Choroba Leśniowskiego-Crohna (stan ciężki)	✓	✓			100%
16.	Choroba neuronu ruchowego	✓	✓	✓		100%
17.	Choroba Niemann-Picka	✓	✓			25%
18.	Choroba Pageta	✓	✓			50%
19.	Choroba Parkinsona (rozpoznanie)	✓	✓			25%
20.	Choroba Parkinsona (stan ciężki)	✓	✓	✓		100%
21.	Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass)	✓	✓	✓	✓	100%
22.	Ciężka niewydolność nerek	✓	✓	✓	✓	100%
23.	Dur brzuszny	✓				50%
24.	Dystrofia mięśniowa	✓	✓	✓		100%
25.	Dżuma	✓	✓	✓		100%
26.	Filarioza	✓	✓	✓		100%
27.	Gorączka Denga	✓	✓	✓		100%
28.	Gorączka Ebola	✓	✓	✓		100%
29.	Gorączki krwotocznej Chikungunya	✓	✓	✓		50%

30.	Gorączka Lassa	✓	✓	✓		100%
31.	Gorączka Marburg	✓	✓	✓		100%
32.	Gorączka Zachodniego Nilu	✓	✓	✓		100%
33.	Guzy przysadki mózgowej leczone operacyjnie	✓	✓			50%
34.	Gruźlica układu oddechowego	✓	✓			50%
35.	Gruźlica uogólniona	✓	✓	✓	✓	100%
36.	Kardiomiopatia (rozpoznanie)	✓				25%
37.	Kardiomiopatia wymagająca wszczepienia kardiowertera albo defibrylatora	✓				50%
38.	Łagodny guz mózgu	✓	✓	✓		100%
39.	Łagodny guz rdzenia kręgowego	✓				50%
40.	Malaria	✓	✓			50%
41.	Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	✓	✓	✓		100%
42.	Miastenia	✓	✓			25%
43.	Neuroborelioza	✓	✓	✓		50%
44.	Niewydolność nerek	✓	✓	✓		25%
45.	Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓	✓	100%
46.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu wymagające leczenia szpitalnego	✓	✓	✓	✓	100%
47.	Odma opłucnej	✓	✓			10%
48.	Odmrożenia IV stopnia	✓				10%
49.	Oparzenia III stopnia	✓	✓	✓	✓	100%
50.	Operacja aorty brzusznej	✓	✓	✓		100%
51.	Operacja aorty piersiowej (aorty wstępującej)	✓	✓	✓		100%
52.	Operacja aorty wykonana techniką małoinwazyjną	✓				25%
53.	Operacja tętniaka tętnic mózgowych	✓	✓	✓	✓	100%
54.	Operacja tętniaka tętnic mózgowych metodą małoinwazyjną	✓	✓			50%
55.	Operacja zastawek serca	✓	✓	✓	✓	100%
56.	Operacja zastawki serca wykonana techniką małoinwazyjną	✓				50%
57.	Ostra niewydolność wątroby	✓	✓	✓	✓	100%
58.	Otoskleroza	✓	✓			50%
59.	Paraliż (Porażenie)	✓	✓	✓	✓	100%
60.	Pierwotne nadciśnienie płucne	✓	✓	✓		100%
61.	Poważny uraz głowy	✓	✓			50%
62.	Promienica	✓	✓			10%
63.	Przeszczep dużych narządów	✓	✓	✓	✓	100%
64.	Przeszczep skóry	✓				25%
65.	Przewlekła niewydolność oddechowa	✓	✓			100%
66.	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)	✓				50%
67.	Przewlekłe zapalenie wątroby	✓	✓	✓	✓	100%
68.	Ropień mózgu	✓	✓	✓		100%
69.	Ropniak opłucnej	✓	✓			50%
70.	Róża zgorzelinowa	✓	✓			25%
71.	Schistomatoza wymagająca leczenia szpitalnego	✓	✓			50%
72.	Schyłkowa niewydolność wątroby	✓	✓	✓		100%

73.	Sepsa niewymagająca pobytu na OIOMie	✓				25%
74.	Sepsa wymagająca leczenia na OIOMie	✓	✓	✓		100%
75.	Stenoza zastawki aortalnej	✓	✓			25%
76.	Stwardnienie rozsiane (rozpoznanie)	✓				25%
77.	Stwardnienie rozsiane (stan ciężki)	✓	✓	✓	✓	100%
78.	Stwardnienie zanikowe boczne (SLA, rozpoznanie)	✓				25%
79.	Stwardnienie zanikowe boczne (SLA, stan ciężki)	✓	✓			100%
80.	Śpiączka	✓	✓	✓	✓	100%
81.	Śpiączka afrykańska	✓	✓	✓		100%
82.	Tętniak	✓	✓			25%
83.	Tężec wymagający leczenia na OIOMie	✓	✓	✓		100%
84.	Toczeń rumieniowaty	✓	✓			25%
85.	Toksoplazmoza nabyta oczna	✓				25%
86.	Twardzina układowa uogólniona	✓				50%
87.	Udar mózgu	✓	✓	✓	✓	100%
88.	Udar mózgu niepowodujący trwałych deficytów neurologicznych (Mikroudar)	✓				10%
89.	Utrata kończyny	✓	✓	✓	✓	100%
90.	Utrata mowy	✓	✓	✓		100%
91.	Utrata możliwości samodzielnej egzystencji	✓	✓	✓		100%
92.	Utrata słuchu	✓	✓	✓		100%
93.	Utrata wzroku	✓	✓	✓	✓	100%
94.	Wirusowe zapalenie mózgu	✓	✓			25%
95.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (rozpoznanie)	✓				25%
96.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (stan ciężki)	✓	✓			100%
97.	Wstrząs anafilaktyczny (Anafilaksja) wymagający leczenia szpitalnego	✓				50%
98.	Wścieklizna wymagająca leczenia szpitalnego	✓	✓	✓		100%
99.	Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)	✓	✓	✓	✓	100%
100.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji	✓	✓	✓	✓	100%
101.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku wykonywania obowiązków zawodowych	✓	✓	✓	✓	100%
102.	Zakażona martwica trzustki	✓	✓	✓		100%
103.	Zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP) (Zespół Moschcowitza)	✓	✓			50%
104.	Zatrucie tlenkiem węgla	✓				100%
105.	Zawał serca	✓	✓	✓	✓	100%
106.	Zawał serca okołozabiegowy typu 4a	✓				25%
107.	Zespół Guillaina-Barrégo	✓	✓			100%
108.	Zespół krótkiego jelita	✓				100%
109.	Zgorzel gazowa	✓	✓	✓		100%
110.	Ziarniniakowatość Wegenera	✓				25%
111.	Żółta gorączka	✓	✓	✓		100%

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 1 ust. 2, 3 i 4; § 2; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1 i ust. 2; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 2; § 4; § 7; § 8.

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_CHDZI/11/23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Dziecka.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - wariant Standard;
 - wariant Plus.
- Załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Tabela Ciężkich chorób Dziecka, określa które Ciężkie choroby wchodzi w zakres poszczególnych wariantów, o których mowa w ust. 2 powyżej.
- Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

O tym, czy w Umowie ubezpieczenia będzie miał zastosowanie wariant Standardowy czy Plus Ciężkich chorób Dziecka, lub żaden z tych wariantów, określa Wariant ochrony, o którym mowa w Warunkach Ubezpieczenia. Jeśli Umowa ubezpieczenia przewiduje kilka Wariantów ochrony do wyboru, różniących się pomiędzy sobą np. zakresem ochrony, sumami ubezpieczenia i składkami, Ty wybierasz do którego z nich chcesz przystąpić.

DEFINICJE

§ 2

- Za wyjątkiem określeń zdefiniowanych w niniejszym paragrafie w ust. 2 – 4, wszelkie inne terminy użyte w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mają znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.
- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Ciężka choroba** – jedna z wymienionych chorób, urazów lub procedur medycznych wymieniona w Liście Ciężkich chorób Dziecka, która po raz pierwszy wystąpiła u Dziecka w Okresie ubezpieczenia;
 - Lista Ciężkich chorób Dziecka** – Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w którym zdefiniowane zostały Ciężkie choroby;
 - Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu Wystąpienia Ciężkiej choroby nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki – nie ma ukończonego 25. roku życia;
 - Tabela Ciężkich chorób Dziecka** – tabelaryczne zestawienie Ciężkich chorób, stanowiące Załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Tabela określa, które Ciężkie choroby wchodzi w zakres poszczególnych wariantów, o których mowa §1 ust. 2 oraz określa wysokość

Świadczenia ubezpieczeniowego przysługującego z tytułu danej Ciężkiej choroby jako procent sumy ubezpieczenia;

Zwróć uwagę, że wystąpienie Ciężkiej choroby jest różnie ustalane dla różnych chorób: dla jednych będzie to postawienie diagnozy, dla innych przeprowadzenie operacji lub zabiegu, dla jeszcze innych rozpoczęcie leczenia.

- Wystąpienie u Dziecka Ciężkiej choroby** – zaistnienie w życiu Dziecka jednej z następujących okoliczności:
 - postawienie diagnozy** – w przypadku: Choroby Leśniowskiego-Crohna, Choroby neuronu ruchowego, Cukrzycy typu 1, Dystrofii mięśniowej, Łagodnego guza mózgu, Nabytej przewlekłej choroby serca, Nagminnego porażenia dziecięcego (choroba Heinego-Medina), Neuroboreliozy, Niedowładu (paraliż), Nowotworu złośliwego, Oparzeń III stopnia, Ostrej niewydolności wątroby, Poważnego urazu głowy, Śpiączki, Utraty mowy, Utraty słuchu, Utraty wzroku, Zakażenia wirusem HIV, Zapalenia mózgu lub Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych;
 - przeprowadzenie operacji lub zabiegu** – w przypadku: Niewydolności nerek (wymagającej przeszczepu nerki), Operacji zastawek serca, Przeszczepu narządów, Utraty kończyny, Wszczepienia implantu ślimakowego,
 - rozpoczęcie następującego leczenia specjalistycznego:**
 - leczenia immunosupresyjnego specjalistycznego - w przypadku Nabytej niedokrwistości aplastycznej;
 - regularnej dializoterapii - w przypadku Niewydolności nerek wymagającej dializoterapii,
 - leczenie szpitalne** – w przypadku Nabytej niedokrwistości hemolitycznej, Sepsy, Tęžca, Wścieklizny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego polegające na Wystąpieniu u Dziecka Ciężkiej choroby.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Dziecka znajdującej się w Wariantcie ochrony wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy

ubezpieczenia, albo z dniem zmiany Wariantu ochrony na taki, który nie przewidyje ryzyka Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia u Dziecka Ciężkiej choroby, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości równej wskazanemu w Tabeli Ciężkich chorób Dziecka procentowi sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu Wystąpienia u Dziecka Ciężkiej choroby, który w zależności od Ciężkiej choroby Dziecka wynosi 100% lub 50% sumy ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony i jest potwierdzona w Certyfikacie.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie do Towarzystwa Ubezpieczeń:
 - 1) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
 - 2) dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie u Dziecka Ciężkiej choroby;
 - 3) dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Dziecko na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Dziecka, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy pomiędzy pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie 3-miesięczny okres Karencji liczony od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego do wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o którym mowa w ust. 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie danej Ciężkiej choroby jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia u Dziecka ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
5. Z zastrzeżeniem postanowień pkt 6, w przypadku wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby Dziecka w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, jeżeli Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z tą Ciężką chorobą Dziecka, z tytułu której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
6. W przypadku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia z tytułu Ciężkiej choroby Dziecka w wysokości niższej niż 100% sumy ubezpieczenia, a następnie wystąpienia u Dziecka drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby pozostającej w adekwatnym związku przyczynowo – skutkowym z wyżej wspomnianą Ciężką chorobą, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci kolejne świadczenie, przy czym łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu Ciężkiej choroby Dziecka (zgodnie z posiadaniem przez Ubezpieczonego Wariantem ochrony).

§ 8

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby Dziecka, która wystąpiła w wyniku poniższych zdarzeń, o ile pomiędzy poniższymi zdarzeniami a Ciężką chorobą Dziecka zachodzi adekwatny związek przyczynowo – skutkowy:
 - 1) próby samobójstwa Dziecka albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 2) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) aktów wojennych, czynnego udziału Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy lub terroru;
 - 4) pozostawania przez Dziecko pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia przez Dziecko narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania przez Dziecko zaleceń lekarskich, chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 5) udziału Dziecka w Sportach wysokiego ryzyka;
 - 6) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko, gdy prowadziło ono pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 8) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) choroby psychicznej lub choroby umysłowej Dziecka wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 10) odmowy poddania się przez Dziecko leczeniu (w przypadku Dziecka pełnoletniego) albo odmowy poddania Dziecka leczeniu (w przypadku Dziecka niepełnoletniego) lub w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 11) choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV – nie dotyczy Ciężkiej choroby Dziecka w postaci Zakażenia wirusem HIV.
2. W okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia u Dziecka Ciężkiej choroby, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka zdiagnozowano stan chorobowy lub prowadzono diagnostykę w kierunku wykrycia stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Dziecka Ciężkiej Choroby, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym, a Ciężką chorobą Dziecka istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej
 - lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka prowadzono leczenie stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Dziecka Ciężkiej Choroby, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym a Ciężką chorobą Dziecka istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
3. W przypadku Ciężkiej choroby Dziecka spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialności tylko wtedy, gdy Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej, postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
3. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

LISTA CIĘŻKICH CHOROÓB DZIECKA

stanowiąca załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka (kod warunków: UG_CHDZI/11/23)

1. **Choroba Leśniowskiego-Crohna** – przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Odpowiedzialnością Towarzystwa objęta jest wyłącznie taka choroba Leśniowskiego-Crohna, w przebiegu której doszło u Dziecka do powstania przetoki, ropnia lub przewężenia jelita, a rozpoznanie zostało potwierdzone badaniem histopatologicznym.
2. **Choroba neuronu ruchowego** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG). Definicja Ciężkiej choroby zostanie spełniona, jeśli u Dziecka wystąpi deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Dziecka:
 - a) do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) do samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków (jedzenie i picie).
3. **Cukrzyca typu 1** – nabyta choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią w wyniku bezwzględnego niedoboru insuliny, wymagająca regularnej i stałej podaży insuliny. Rozpoznanie i leczenie musi zostać potwierdzone przez lekarza diabetologa.
4. **Dystrofia mięśniowa** – przewlekła, dziedziczna choroba zwyrodnieniowa mięśni szkieletowych (tkanka mięśniowa), prowadząca do osłabienia i zaniku mięśni, najczęściej symetrycznym obustronnym i najczęściej dotyczącym mięśni ksoonych uniemożliwiająca samodzielne przemieszczanie się Dziecka po płaskiej powierzchni. Zakres ubezpieczenia obejmuje potwierdzone diagnozą lekarską następujące postaci dystrofii:
 - a) typu Duchenne’a prowadząca do niedowładów uniemożliwiających chodzenie,
 - b) obręczowa, dotycząca najczęściej mięśni obręczy miednicznej,
 - c) twarzowo-łopatkowo-ramieniowa.
5. **Łagodny guz mózgu** – zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych (padaczka, zaburzeniami ruchowe, czuciowe, zaburzenia psychiczne) wymagający leczenia neurochirurgicznego lub radioterapii, lub chemioterapii, lub leczenia paliatywnego. Istnienie guza musi być potwierdzone badaniami obrazowymi takimi jak CT (tomografia komputerowa) lub MRI (rezonans magnetyczny). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, guzy rdzenia kręgowego.
6. **Nabyta niedokrwistość aplastyczna** – przewlekłą i nieodwracalną niewydolność szpiku, polegająca na zaniku wszystkich linii komórkowych układu granulocytowego, czerwonych i płytkotwórczego. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie taką nabytą niedokrwistość aplastyczną, którą rozpoznano na podstawie oceny szpiku kostnego i w przebiegu której, zastosowano leczenie immunosupresyjne, immunostymulacje lub wykonano transplantację szpiku.
7. **Nabyta niedokrwistość hemolityczna** – następstwo skróconego czasu przeżycia krwinek czerwonych, objawiająca się zmniejszeniem stężenia hemoglobiny poniżej normy dla wieku dziecka. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie taką nabytą niedokrwistość hemolityczną, która wymagała hospitalizacji.
8. **Nabyta przewlekła choroba serca** – choroba prowadząca do trwałego pogorszenia czynnościowego lub trwałych zmian morfologicznych w obrębie tkanek i struktur serca (zastawki, wsierdzie, mięsień sercowy lub osierdzie). Choroba musi być rozpoznana i leczona przez kardiologa. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest taka postać choroby, gdy pomimo stosowania odpowiedniego leczenia przez okres ponad 6 miesięcy, pozostaje on sklasyfikowana jako przewlekła niewydolność serca w stopniu II lub wyżej według klasyfikacji NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego, New York Heart Association). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje nabytej choroby wywołanej nadużywaniem alkoholu lub substancji uzależniających bądź gdy jej jedyną przyczyną jest istnienie ubytków w przegrodach serca.
9. **Nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina)** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem Polio. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie porażenną postać nagminnego porażenia dziecięcego, które w co najmniej jednej grupie mięśni spowodowało brak ich skurczu lub skurcz o śladowej sile utrzymujący się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny choroby jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
10. **Neuroborelioza** – zakaźna choroba spowodowana przez krętki z rodzaju Borrelia, przebiegająca z zajęciem układu nerwowego. Zakresem ubezpieczenia objęta jest wyłącznie taka neuroborelioza, która spowodowała co najmniej jeden z poniższych zespołów klinicznych:
 - a) zapalenie mózgu i rdzenia kręgowego,
 - b) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - c) zapalenie nerwu czaszkowego,
 - d) zapalenie wielokorzeniowe.Rozpoznanie neuroboreliozy i czynnik etiologiczny choroby muszą być jednoznacznie potwierdzone przez dokumentację medyczną.
11. **Niedowład (paraliż)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi.
12. **Niewydolność nerek** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność obu nerek, skutkująca koniecznością regularnej hemodializy lub dializy otrzewnowej lub przeszczepu nerki. Diagnoza powinna zostać postawiona przez specjalistę nefrologa.

- Nowotwór złośliwy (rak)** – obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe, których głębokość nacieku przekracza 1,5 mm lub klasyfikowanym powyżej 3 poziomu inwazji wg. skali Clarka. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i potwierdzony przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:
- guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
 - guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ” („tumours in situ”, Tis),
 - dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
 - raka pęcherza moczowego stadium Ta wg międzynarodowej klasyfikacji TNM,
 - raka tarczycy brodawkowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a wg międzynarodowej klasyfikacji TNM (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
 - przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
 - wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
 - raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanego jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC.
- Za datę zajścia zdarzenia przyjmuje się datę pobrania materiału do badania.
- 13.
14. **Oparzenie III stopnia** – oparzenie III stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania.
15. **Operacja zastawek serca** – chirurgiczna wymiana jednej lub większej ilości zastawek serca na zastawki sztuczne. Pojęcie to obejmuje wymianę zastawki aorty, dwudzielnej (mitralnej), pnia płucnego lub trójdzielnej na zastawkę sztuczną z powodu ich zwężenia lub niedomykalności. Ubezpieczenie nie obejmuje operacji naprawczych przeprowadzonych u Dziecka na jego własnych zastawkach serca, a szczególności plastyki zastawek i ich przecięcia. Wymiana zastawki powinna być udokumentowana stosowaną dokumentacją medyczną z leczenia kardiologicznego. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje z upływem 30 dnia życia Dziecka licząc od dnia operacji. Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę operacji.
16. **Ostra niewydolność wątroby** – potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby nie związana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi i żółtaczki w ciągu maksymalnie 4 tygodni od dnia początku objawów.
17. **Poważny uraz głowy** – uraz głowy Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który spowodował deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Dziecka do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków (jedzenie i picie) lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Świadczenie może przyznane po zakończeniu leczenia i rehabilitacji Dziecka.
18. **Przeszczep narządów** – przeszczepienie Dziecku jako biorcy takich narządów jak: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego. Leczenie przeszczepem musi być skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, zaś jego wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne przeszczepy niż wymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się datę operacji.
19. **Sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia bakteryjnego, powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
20. **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nie rokującego możliwości poprawy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej.
21. **Tężec** – choroba zakaźna wywołana działaniem neurotoksyny produkowanej przez laseczki tężca. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie taki tężec, który wymagał hospitalizacji a rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny jednoznacznie potwierdza dokumentacja medyczna.
22. **Utrata kończyny** – amputacja co najmniej jednej kończyny będąca skutkiem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej. W przypadku utraty kończyny w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się datę operacji.
23. **Utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby. Całkowita utrata mowy musi występować przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi.
24. **Utrata słuchu** – całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu lub obojgu uszach powstała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, gdzie przez całkowitą utratę słuchu rozumie się średni ubytek słuchu dla częstotliwości mowy od 500 Hz do 2000 Hz na poziomie minimum 90 db. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków Utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.. W przypadku Utraty słuchu w obojgu uszach musi być ona potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia, a w przypadku utraty słuchu w jednym uchu – nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 2 lat.
25. **Utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku lub w obojgu oczach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnoza całkowitej utraty wzroku winna być postawiona przynajmniej sześć miesięcy po rozpoznaniu schorzenia bądź zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną utraty wzroku. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki. Ostrość wzroku w obojgu oczach po korekcji w teście przy użyciu tablicy Snellena musi wynosić 0,1 lub mniej. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

26. **Wszczepienie implantu ślimakowego** – wszczepienie, w czasie operacji w znieczuleniu ogólnym, urządzenia elektronicznego, które pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji słuchu u Dziecka z obustronną głuchotą lub obustronnym głębokim niedosłuchem. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jedno Świadczenie ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia z tytułu wskazanej procedury medycznej niezależnie czy nastąpiło Wszczepienie implantu ślimakowego jednousznie (unilateral CI) czy implantów dwuusznych (bilateral CI). Za datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę operacji.
27. **Wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wymagająca hospitalizacji, przebiegająca w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana w oparciu o charakterystyczne objawy oraz wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub ze skóry, bądź wykrycie swoistych przeciwciał w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
28. **Zakażenie wirusem HIV** – powikłanie po transfuzji krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u Dziecka nie chorującego na hemofilię. Przeprowadzenie transfuzji krwi musi zostać potwierdzone w karcie informacyjnej ze szpitala.
29. **Zapalenie mózgu** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) o ciężkim przebiegu, powodujące trwałe ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 miesięcy od dnia zachorowania i potwierdzone przez lekarza neurologa. Za trwałe ubytki neurologiczne uważa się:
- a) porażenia i niedowłady kończyn,
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe,
 - c) Padaczkę,
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych,
 - e) zaburzenia mowy,
 - f) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) - rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
30. **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ciężkie zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwałe ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 miesięcy od dnia zachorowania i potwierdzone przez lekarza neurologa. Za trwałe ubytki neurologiczne uważa się:
- a) porażenia i niedowłady kończyn,
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe,
 - c) padaczkę,
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych,
 - e) zaburzenia mowy,
 - f) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) - rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

TABELA CIĘŻKICH CHOROÓB DZIECKA

stanowiąca załącznik nr 2 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka (kod warunków: UG_CHDZI/11/23)

Poniższa tabela przedstawia jakie jednostki chorobowe występują w każdym z wariantów oraz jaki % sumy ubezpieczenia zostanie wypłacony w przypadku zajścia danej choroby. Jeżeli pole w tabeli jest puste, oznacza to, iż ta choroba nie wchodzi w zakres danego wariantu.

Przykładowo, jeżeli w Twoim ubezpieczeniu masz wariant Standardowy, a Twoje Dziecko zachoruje na Neuroboreliozę, to nie dostaniesz wypłaty z ubezpieczenia. Gdyby jednak w Twoim ubezpieczeniu był wariant Plus, wówczas otrzymałbyś 50% sumy ubezpieczenia (tzn. jeżeli suma ubezpieczenia wynosi 6.000 zł to 50% x 6.000 zł = 3.000 zł).

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Wystąpienia Ciężkiej choroby możesz sprawdzić w swoim certyfikacie.

Lp.	Nazwa Ciężkiej choroby	Wariant Plus	Wariant Standardowy	% sumy ubezpieczenia
1.	Choroba Leśniowskiego-Crohna	✓		100%
2.	Choroba neuronu ruchowego	✓		100%
3.	Cukrzyca typu 1	✓	✓	100%
4.	Dystrofia mięśniowa	✓	✓	100%
5.	Łagodny guz mózgu	✓	✓	100%
6.	Nabyta niedokrwistość aplastyczna	✓		100%
7.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna	✓		100%
8.	Nabyta przewlekła choroba serca	✓		100%
9.	Nagminne porażenie dziecięce (choroba Heinego-Medina)	✓		100%
10.	Neuroborelioza	✓	✓	50%
11.	Niedowład (paraliż)	✓	✓	100%
12.	Niewydolność nerek	✓	✓	100%
13.	Nowotwór złośliwy (rak)	✓	✓	100%
14.	Oparzenie III stopnia	✓	✓	100%
15.	Operacja zastawek serca	✓		100%
16.	Ostra niewydolność wątroby	✓	✓	100%
17.	Poważny uraz głowy	✓		50%
18.	Przeszczep narządów	✓	✓	100%
19.	Sepsa	✓	✓	100%
20.	Śpiączka	✓	✓	100%
21.	Tężec	✓	✓	100%
22.	Utrata kończyny	✓	✓	100%
23.	Utrata mowy	✓	✓	100%
24.	Utrata słuchu	✓		100%
25.	Utrata wzroku	✓	✓	100%
26.	Wszczepienie implantu ślimakowego	✓		50%
27.	Wścieklizna	✓	✓	100%
28.	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓	100%
29.	Zapalenie mózgu	✓	✓	100%
30.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	✓	✓	100%

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 26), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_PWSNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – okres, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania

Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku została zachowana. W okresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny;

- Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
- Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

- Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
- Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobytym w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
- Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
- W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 31 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
- Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia

ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

- Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
- Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
- Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
- Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce:
 - w szpitalu uzdrowskim (sanatoryjnym);
 - w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - w szpitalu psychiatrycznym;
 - w sanatorium;
 - w uzdrowisku;
 - ośrodka opieki społecznej;
 - ośrodka dla psychicznie chorych;
 - hospicjum;
 - ośrodka leczenia uzależnień;
 - na oddziale rehabilitacyjnym.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w wyniku:
 - Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 25), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_PWS/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Pobyt w Szpitalu** – okres, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Po-

bytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okresie Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny;

- 2) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentów potwierdzających okoliczności Nieszczęśliwego wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Nieszczęśliwego wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowskowym (sanatoryjnym);
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym;
 - 4) w sanatorium;
 - 5) w uzdrowisku;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) w wyniku Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 4) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) w wyniku Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) w wyniku wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) w związku z leczeniem niepłodności;
 - 11) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 12) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) w wyniku Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 14) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych, w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
 - 15) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci;
 - 16) w związku z wykonaniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
 - 17) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 18) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 13), 26), 27), 29), 35) i 39) i § 10 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8), 9), i 22) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO NA OIOM

Kod warunków: UG_OIOM/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu na OIOM.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie pobyt na OIOM w trakcie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby;
 - 2) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) – wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitala przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego na OIOM.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM należne jest od pierwszego dnia Pobytu na OIOM.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM trwał co najmniej 2 dni (każdy rozpoczęty dzień uznaje się za pełny);
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) trwał co najmniej 4 dni; z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) lub Pobyt na OIOM rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo

Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Pobytu na OIOM, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.

4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych Warunkami Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu na OIOM w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 14 dni Pobytu Ubezpieczonego na OIOM.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20); § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 8), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Kod warunków: UG_PWSZSU/06/22

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Udar mózgu** – nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).
W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzeń mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND),
 - d) uszkodzenia mózgu w następstwie epizodów niedotlenienia powstałych w wyniku zatrzymania krążenia,
 - e) przebytego w przeszłości Udaru mózgu rozpoznanego na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - 2) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na stwierdzeniu zmian w poziomie biomarkerów martwicy mięśnia sercowego (np. Troponiny) wykraczających poza zakresy norm oraz na stwierdzeniu jednego z poniższych kryteriów:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (np. hipokineza lub akinaza).Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) stabilną i niestabilną chorobę wieńcową,
 - b) przebyty w przeszłości Zawał serca rozpoznany na podstawie zmian w EKG i ECHO serca.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej;
 - 2) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Zawałem serca lub Udarem mózgu a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Zawał serca lub Udar mózgu będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu rozpoczął się po 15 dniach od dnia w którym miał miejsce Zawał serca lub Udar mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku w okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 26 maja 2022 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 czerwca 2022 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20); § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 8), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Kod warunków: UG_PWSNWK/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzystą,
 - c) pieszy.
 2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4;

- 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozpoczął się po 31 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego zostanie wypłacone w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego
wypadku przy pracy
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20); § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 8), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

Kod warunków: UG_PWSNWP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.
 2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy w Okresie ubezpieczenia.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy należne jest

od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy rozpoczął się po 31 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 3) zaświadczenia o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) protokołu powypadkowego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku przy pracy – jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego;
 - 5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy zostanie wypłacone w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek
Nieszczęśliwego wypadku
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 25), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_PWSMPNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

3) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – okres, w którym Małżonek albo Partner Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny;

4) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Pobyt w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobytym w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. W przypadku gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 31 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) karty informacyjnej z leczenia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostaną wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym;
 - 4) w sanatorium;
 - 5) w uzdrowisku;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;

- 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 25), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_PWSMP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 2) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubez-

pieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:

- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) **Pobyt w Szpitalu** – okres, w którym Małżonek albo Partner Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okresie Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny;
- 4) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
3. W przypadku gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się po 15 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczący dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) karty informacyjnej z leczenia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania ochroną danego Ubezpieczonego w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym;
 - 4) w sanatorium;
 - 5) w uzdrowisku;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) w wyniku Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 4) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 5) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) w wyniku Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) w wyniku wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) w związku z leczeniem niepłodności;
 - 11) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) w wyniku Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 14) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
 - 15) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci;
 - 16) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
 - 17) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Małżonka albo Partner Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 18) odmowy poddania się leczeniu, w tym m.in. wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 13), 26), 27), 29), 35) i 39) i § 10 Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 8), 9), i 22) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO NA OIOM

Kod warunków: UG_MPOIOM/07/21

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Małżonka albo Partnera na OIOM.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie okres przebywania Małżonka albo Partnera na OIOM w trakcie Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby;
 - 2) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) – wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitala przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniami ubezpieczeniowymi jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera na OIOM wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM należne jest od pierwszego dnia tego Pobytu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM trwał co na najmniej 2 dni (każdy rozpoczęty dzień uznaje się za pełny);
 - 2) Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) lub Pobyt na OIOM rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Pobytu na OIOM, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) karty informacyjnej z leczenia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu na OIOM w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/09/20).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 14 dni Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie tego Pobytu jest wyłączona i w konsekwencji Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu na OIOM nie zostaną wypłacone.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 24 czerwca 2021 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 lipca 2021 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 12), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 23), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_PWSNWDZI/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki – nie ma ukończonego 25. roku życia;

- 2) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – okres, w którym Dziecko Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Dziecka Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku została zachowana. W okresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny;
- 3) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od pierwszego dnia Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobylem w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. W przypadku gdy Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 31 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym;
 - 4) w sanatorium;
 - 5) w uzdrowisku;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadził ono pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 12), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 23), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_PWSDZI/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadać następujące znaczenie:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki – nie ma ukończonego 25. roku życia;

- 2) **Pobyt w Szpitalu** – okres, w którym Dziecko Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Dziecka Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okresie Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny;
 - 3) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania ochroną danego Ubezpieczonego w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowskim (sanatoryjnym);
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym;
 - 4) w sanatorium;
 - 5) w uzdrowisku;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) w wyniku Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 4) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) w wyniku Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 8) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) w wyniku wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warun-

- kujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) w związku z leczeniem niepłodności;
 - 11) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 14) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych, w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
 - 15) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci;
 - 16) w związku z wykonaniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Niezszczęśliwego wypadku;
 - 17) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 18) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:

- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
- 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12) i 26) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 7), 12), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 25), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_OC/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Operacji chirurgicznej.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Operacja chirurgiczna (Operacja)** – zabieg chirurgiczny polegający na naruszeniu ciągłości tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez lekarza uprawnionego

do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby lub obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przez Operację należy rozumieć tylko taką Operację, która jest wymieniona w Tabeli;

- 2) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej;
- 3) **Tabela (Tabela operacji chirurgicznych)** – katalog Operacji, stanowiący załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, klasyfikujący Operacje na grupy: A, B, C, D, E, a także określający wysokość Świadczenia ubezpieczenio-

- wego przysługującego z tytułu wykonania danego rodzaju Operacji chirurgicznej. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego została określona jako procent sumy ubezpieczenia, ustalany z zgodnie z poniższymi zasadami:
- Operacje chirurgiczne z grupy A – 100% sumy ubezpieczenia,
 - Operacje chirurgiczne z grupy B – 75% sumy ubezpieczenia,
 - Operacje chirurgiczne z grupy C – 50% sumy ubezpieczenia,
 - Operacje chirurgiczne z grupy D – 25% sumy ubezpieczenia,
 - Operacje chirurgiczne z grupy E – 12,5% sumy ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest przeprowadzenie w Okresie ubezpieczenia na Ubezpieczonym Operacji chirurgicznej.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5

- Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
- Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wykonania Operacji chirurgicznej, będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonego w Tabeli, należnego za wykonanie danej Operacji chirurgicznej.
- W przypadku Operacji chirurgicznej będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Operacją chirurgiczną istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
- Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

- Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wykonania Operacji chirurgicznej jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Operacji chirurgicznej;
 - karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
- Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo Ubezpieczeń może również skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
- Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- W zakresie ryzyka Operacji chirurgicznej w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.

- W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
- W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
- Jeżeli podczas jednego zabiegu zostanie przeprowadzana więcej niż jedna Operacja, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Operacji chirurgicznej, za którą jest przewidziane Świadczenie ubezpieczeniowe w najwyższej wysokości. W zakresie pozostałych przeprowadzonych Operacji Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.
- Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednorazowego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu danej Operacji chirurgicznej. Kolejne wykonanie takiej samej Operacji chirurgicznej w Okresie ubezpieczenia nie skutkuje powstaniem odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności również w sytuacji, gdy druga lub kolejna Operacja chirurgiczna pozostaje z medycznego punktu widzenia w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, z tytułu której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło już Świadczenie ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej:
 - przeprowadzonej jedynie w celach diagnostycznych;
 - przeprowadzonej w trybie ambulatoryjnym;
 - będącej operacją plastyczno-kosmetyczną, chyba że została przeprowadzona w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej, która nastąpiła w wyniku:
 - Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - leczenia Ubezpieczonego następującymi niekonwencjonalnymi metodami: homeopatia, akupunktura, akupresura, ziołolecznictwo, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 10) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) Choroby wywołanej pośrednio lub bezpośrednio przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 14) leczenia wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 15) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 16) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisu na własne żądanie ze Szpitala, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

TABELA OPERACJI OPEN LIFE

Lp.	Układ nerwowy
1.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej A
2.	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej A
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej A
4.	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej B
5.	Wszczepienie stymulatora mózgu B
6.	Wentrykulostomia C
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu B
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego A
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego A
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego B
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego B
12.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego A
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego A
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego A
15.	Usunięcie zmiany opony mózgu A
16.	Rekonstrukcja opony twardej A
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej A
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej A
19.	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego A
20.	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego A
21.	Wycięcie nerwu obwodowego D
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego D
23.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego D
24.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną C
25.	Sympatektomia szyjna C
Układ wydzielania wewnętrznego	
1.	Wycięcie przysadki mózgowej A
2.	Zniszczenie przysadki mózgowej B
3.	Operacja szyszynki A
4.	Wycięcie tarczycy C
5.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy B
6.	Wycięcie tarczycy językowej B
7.	Wycięcie przytarczyc B
8.	Wycięcie grasicy C
9.	Wycięcie nadnercza C
10.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy C
Gruczoł sutkowy	
1.	Całkowite wycięcie sutka B
2.	Całkowita rekonstrukcja sutka B
3.	Nacięcie sutka E
4.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego D
Narząd wzroku	
1.	Wycięcie gałki ocznej C
2.	Usunięcie zmiany oczodołu C
3.	Protezowanie gałki ocznej D
4.	Rewizja protezy gałki ocznej D

5. Operacyjna plastyka oczodołu C
6. Nacięcie oczodołu D
7. Rozcięcie kąta szpary powiekowej D
8. Usunięcie zmiany powieki E
9. Wycięcie nadmiaru powieki E
10. Rekonstrukcja powieki D
11. Korekcja deformacji powieki E
12. Korekcja opadania powieki C
13. Nacięcie powieki E
14. Ochronne zeszyście szpary powiekowej E
15. Wycięcie ciała rzęskowego E
16. Zespoleńie dróg łzowych z jamą nosową C
17. Operacja kanału łzowego E
18. Złożona operacja na mięśniach okoruchowych C
19. Repozycja mięśnia okoruchowego D
20. Usunięcie mięśnia okoruchowego D
21. Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego D
22. Usunięcie zmiany spojówki E
23. Operacja naprawcza spojówki E
24. Nacięcie spojówki E
25. Wycięcie zmiany rogówki D
26. Plastyka rogówki D
27. Operacja naprawcza rogówki E
28. Nacięcie rogówki E
29. Usunięcie zmiany twardówki D
30. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji) A
31. Nacięcie twardówki D
32. Wycięcie tęczówki D
33. Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki D
34. Nacięcie tęczówki D
35. Usunięcie ciała rzęskowego D
36. Zaćma - usunięcie D
37. Nacięcie torebki soczewki oka E
38. Operacja ciała szklistego C
39. Zniszczenie zmiany siatkówki D

Narząd słuchu

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

Układ oddechowy

1. Amputacja nosa C
2. Plastyka nosa D
3. Operacja przegrody nosa E
4. Operacja małżowiny wewnętrznej nosa E

5. Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego E
6. Operacja nosa zewnętrznego E
7. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego E
8. Operacja zatoki czołowej E
9. Operacja zatoki klinowej E
10. Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej E
11. Wycięcie gardła A
12. Operacja naprawcza gardła C
13. Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia) C
14. Wycięcie krtani A
15. Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą B
16. Rekonstrukcja krtani A
17. Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu E
18. Częściowe wycięcie tchawicy A
19. Plastyka tchawicy B
20. Protezowanie tchawicy metodą otwartą C
21. Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) D
22. Otwarta operacja ostrogi tchawicy C
23. Częściowe usunięcie oskrzela C
24. Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) D
25. Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) D
26. Przeszczep płuca A
27. Wycięcie płuca A
28. Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą B
29. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych) C
30. Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu C

Układ pokarmowy

1. Częściowe wycięcie wargi E
2. Usunięcie zmiany wargi E
3. Korekcja deformacji wargi D
4. Wycięcie języka C
5. Usunięcie zmiany języka E
6. Nacięcie języka E
7. Usunięcie zmiany podniebienia E
8. Korekcja deformacji podniebienia C
9. Wycięcie migdałków podniebiennych E
10. Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów) E
11. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł) C
12. Wycięcie ślinianki D
13. Usunięcie zmiany ślinianki E
14. Nacięcie gruczołu ślinowego E
15. Przeszczepienie przewodu ślinowego E
16. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą D
17. Podwiązanie przewodu ślinowego E
18. Poszerzenie przewodu ślinowego E
19. Wycięcie przełyku i żołądka A
20. Całkowite wycięcie przełyku A
21. Częściowe wycięcie przełyku C
22. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą C
23. Zespolenie omijające przełyku A
24. Rewizja zespolenia przełyku C

25. Operacja naprawcza przełyku A
26. Wytworzenie przetoki przełykowej C
27. Nacięcie przełyku C
28. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą C
29. Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą C
30. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową E
31. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu E
32. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej D
33. Operacja antyrefluksowa D
34. Rewizja po zabiegu antyrefluksowym D
35. Całkowite wycięcie żołądka A
36. Częściowe wycięcie żołądka B
37. Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego E
38. Gastrostomia C
39. Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową E
40. Wycięcie dwunastnicy B
41. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą C
42. Zespolecie omijające dwunastnicy C
43. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy C
44. Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu E
45. Wycięcie jelita czczego A
46. Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą B
47. Jejunostomia C
48. Zespolecie omijające jelita czczego C
49. Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu C
50. Wycięcie jelita krętego A
51. Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą C
52. Zespolecie omijające jelita krętego C
53. Rewizja zespolenia jelita krętego C
54. Wytworzenie ileostomii C
55. Rewizja ileostomii D
56. Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym C
57. Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu C
58. Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych D
59. Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy A
60. Całkowite wycięcie okrężnicy A
61. Rozszerzona prawostronna hemikolektomia B
62. Resekcja poprzecznicy B
63. Lewostronna hemikolektomia B
64. Wycięcie esicy A
65. Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą C
66. Zespolecie omijające okrężnicy C
67. Wyłonienie jelita ślepego C
68. Nacięcie okrężnicy C
69. Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy C
70. Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu C
71. Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu E
72. Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu E
73. Wycięcie odbytnicy A
74. Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą C
75. Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą C
76. Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu C
77. Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze C

78.	Wycięcie odbytu B
79.	Wycięcie zmiany odbytu D
80.	Operacja naprawcza odbytu C
81.	Wycięcie hemoroidów D
82.	Drenaż przez okolice kroczca E
83.	Przeszczep wątroby A
84.	Częściowe wycięcie wątroby C
85.	Usunięcie zmiany wątroby C
86.	Nacięcie wątroby D
87.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu C
88.	Zniszczenie zmiany w wątrobie przeznaczyniowo E
89.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego C
90.	Zespolecie pęcherzyka żółciowego C
91.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego C
92.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego D
93.	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego D
94.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego C
95.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych C
96.	Zespolecie przewodu wątrobowego D
97.	Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego) C
98.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego) C
99.	Nacięcie przewodu żółciowego C
100.	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą C
101.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego D
102.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego D
103.	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego D
104.	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego D
105.	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego E
106.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra) E
107.	Przeszczep trzustki A
108.	Całkowite wycięcie trzustki A
109.	Wycięcie głowy trzustki A
110.	Zespolecie przewodu trzustkowego D

Serce

1.	Przeszczep płuc i serca A
2.	Korekcja całkowita tetralogii Fallota A
3.	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda) A
4.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego A
5.	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej A
6.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (operacja na otwartym sercu) A
7.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu) A
8.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu B
9.	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca B
10.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego B
11.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju B
12.	Plastyka przedsionka serca A
13.	Walwuloplastyka mitralna A
14.	Walwuloplastyka aortalna A
15.	Plastyka zastawki trójdzielnej A
16.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej A
17.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca A
18.	Rewizja plastyki zastawki serca A
19.	Otwarta walwulotomia A

20. Zamknięta walwulotomia C
21. Przeskórna operacja dotycząca zastawki serca C
22. Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca B
23. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej B
24. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu B
25. Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy B
26. Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną B
27. Otwarta koronaroplastyka B
28. Przeskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej D
29. Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca B
30. Wszczepienie systemu wspomaganie serca C
31. Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły D
32. Inny stały sposób stymulacji serca D
33. Wycięcie osierdzia A
34. Drenaż osierdzia D
35. Nacięcie osierdzia D
36. Przeskórne zabiegi ablacji ognisk arytmogennych C

Układ naczyniowy

1. Przeskórna operacja tętnicy płucnej C
2. Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego A
3. Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych A
4. Wymiana aortalnej protezy naczyniowej A
5. Plastyka aorty A
6. Przeznaczyniowa operacja aorty C
7. Rekonstrukcja tętnicy szyjnej A
8. Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej C
9. Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego) A
10. Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej C
11. Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej A
12. Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej D
13. Rekonstrukcja tętnicy nerkowej A
14. Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej D
15. Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej A
16. Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej D
17. Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych A
18. Rekonstrukcja tętnicy biodrowej A
19. Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej D
20. Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych A
21. Rekonstrukcja tętnicy udowej A
22. Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej C
23. Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy C
24. Wycięcie innej tętnicy C
25. Operacja naprawcza innej tętnicy C
26. Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic C
27. Zespolecie tętniczo - żyłne D
28. Zespolecie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej D
29. Wytworzenie zastawki żyły obwodowej E
30. Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej D
31. Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą D
32. Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego E

Układ moczowy

1. Przeszczep nerki B
2. Całkowite wycięcie nerki B

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

Układ rozrodczy męski

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

Układ rozrodczy żeński

1. Operacja łechtaczki E
2. Operacja gruczołu Bartholina E
3. Wycięcie sromu D
4. Wycięcie zmiany sromu E

5. Operacja naprawcza w obrębie sromu E
6. Nacięcie kanału pochwy E
7. Wycięcie pochwy E
8. Nacięcie zrostów pochwy E
9. Usunięcie zmiany pochwy E
10. Operacja plastyczna pochwy E
11. Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy D
12. Plastyka sklepienia pochwy E
13. Operacja w obrębie zatoki Douglase'a E
14. Wycięcie szyjki macicy D
15. Wycięcie zmiany szyjki macicy E
16. Wycięcie macicy metodą laparotomii B
17. Wycięcie macicy drogą laparoskopii C
18. Wycięcie macicy drogą przezpochwową C
19. Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy E
20. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy C
21. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy D
22. Wycięcie jajowodu metodą laparotomii C
23. Wycięcie jajowodu metodą laparoskopii D
24. Wszczepienie protezy jajowodu D
25. Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów E
26. Nacięcie jajowodu C
27. Operacja dotycząca strzępków jajowodu E
28. Częściowe wycięcie jajnika E
29. Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika D
30. Operacja naprawcza jajnika E
31. Operacja endoskopowa dotycząca jajnika E
32. Operacja więzadła szerokiego macicy E
33. Operacja innego więzadła macicy E
34. Cesarskie cięcie E

Skóra i tkanki miękkie

1. Odległy przeszczep płata skórno - mięśniowego B
2. Odległy przeszczep płata skórno - powięziowego D
3. Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno D
4. Przeszczep płata skóry owłosionej D
5. Przeszczep płata skórno z unerwieniem C
6. Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno E
7. Miejscowy przeszczep płata skórno - mięśniowego D
8. Miejscowy przeszczep płata skórno - powięziowego D
9. Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry D
10. Przeszczep płata śluzówki D
11. Siatkowy autoprzeszczep skóry D
12. Przeszczep śluzówki D
13. Przeszczepienie innej tkanki do skóry D
14. Wprowadzenie ekspandera pod skórę E
15. Rewizja ekspandera w tkance podskórnej E
16. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej C
17. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej C
18. Wycięcie opłucnej metodą otwartą B
19. Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu D
20. Operacja naprawcza pękniętej przepony A
21. Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej E
22. Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej E

23. Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej E
24. Pierwotna plastyka przepukliny udowej E
25. Plastyka nawrotowej przepukliny udowej E
26. Plastyka przepukliny pępkowej E
27. Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej E
28. Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej E
29. Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu E
30. Operacja dotycząca pępka E
31. Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej) C
32. Drenaż otwarty jamy otrzewnej E
33. Wycięcie zmiany otrzewnej E
34. Operacja dotycząca sieci C
35. Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego C
36. Operacja dotycząca krezki okrężnicy C
37. Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej C
38. Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej E
39. Przeszczep powięzi D
40. Wycięcie powięzi brzucha D
41. Usunięcie zmiany powięzi D
42. Wycięcie zmiany w obrębie powięzi E
43. Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna D
44. Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna D
45. Operacja kaletki maziowej D
46. Przełożenie ścięgna D
47. Wycięcie ścięgna D
48. Pierwotna operacja naprawcza ścięgna D
49. Wtórna operacja naprawcza ścięgna E
50. Uwolnienie ścięgna D
51. Zmiana długości ścięgna D
52. Wycięcie pochewki ścięgna D
53. Przeszczep mięśnia C
54. Wycięcie mięśnia E
55. Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia) D
56. Uwolnienie przykurczu mięśnia D
57. Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych D
58. Drenaż węzła chłonnego E
59. Operacja przewodu limfatycznego C
60. Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej D
61. Operacja cieśni nadgarstka E

Układ kostno - stawowy

1. Operacja naprawcza czaszki D
2. Otwarcie czaszki A
3. Wycięcie kości twarzy D
4. Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą D
5. Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą D
6. Wycięcie żuchwy C
7. Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą D
8. Rekonstrukcja stawu skroniowo - żuchwowego C
9. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny A
10. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego D
11. Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy A
12. Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego) A
13. Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego B

14. Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa E
15. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego B
16. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego B
17. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego B
18. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego B
19. Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego E
20. Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego C
21. Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego E
22. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego A
23. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa E
24. Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa D
25. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych A
26. Usunięcie zmiany kręgosłupa D
27. Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą D
28. Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą D
29. Całkowita rekonstrukcja kciuka D
30. Całkowita rekonstrukcja przodostopia D
31. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia D
32. Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości C
33. Wycięcie kości ektopowej E
34. Usunięcie zmiany kości C
35. Otwarte chirurgiczne złamanie kości D
36. Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości D
37. Rozdzielenie trzonu kości D
38. Rozdzielenie kości stopy E
39. Drenaż kości E
40. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną D
41. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną D
42. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości C
43. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości D
44. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną C
45. Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskorną stabilizacją zewnętrzną D
46. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości D
47. Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu B
48. Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu B
49. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu C
50. Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu C
51. Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu C
52. Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu C
53. Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu B
54. Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu B
55. Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu C
56. Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu C
57. Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu D
58. Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu D
59. Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha E
60. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym E
61. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym E
62. Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu E
63. Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu C
64. Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu E
65. Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą D
66. Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą E

67. Protezowanie ścięgna D
68. Wzmocnienie ścięgna protezą E
69. Operacja stabilizująca staw metodą otwartą D
70. Uwolnienie przykurczu stawu E
71. Operacja struktur okołostawowych palucha E
72. Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej E
73. Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych E
74. Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych E
75. Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego E
76. Terapeutyczna endoskopia innego stawu E
77. Reimplantacja kończyny górnej C
78. Reimplantacja kończyny dolnej C
79. Reimplantacja innego narządu C
80. Wszczępienie protezy kończyny A
81. Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia C
82. Amputacja ręki na wysokości nadgarstka D
83. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda C
84. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy D
85. Amputacja palucha E

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 5), 7), 12), 13), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 12), 25), 26), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 23), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY

Kod warunków: UG_CNDP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Całkowitej niezdolności do pracy.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadać następujące znaczenie:

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, stwierdzona Orzeczeniem wydanym na okres dłuższy niż 12 miesięcy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy wskazany w Orzeczeniu;
- 2) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach przez uprawnionego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, uprawnioną komisję lekarską lub sąd powszechny lub decyzja organu rentowego, stwierdzające całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy, wydane nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia.

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Choroba, będąca przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy została zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) Orzeczenia;
 - 2) dokumentacji medycznej oraz zaświadczeń lekarskich wydanych do celów rentowych i pozarentowych potwierdzająca Całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – w przypadku, gdy podstawą wydania Orzeczenia był Nieszczęśliwy wypadek;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.

3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia kolejnej Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, która nastąpiła w wyniku:

- 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji Ubezpieczonego po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20); § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 38) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 12), 13), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8), 9), i 22) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK REKONWALESCENCJI UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_RK/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Rekonwalescencji.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadać następujące znaczenie:
 - 1) **Rekonwalescencja** – okres powrotu do zdrowia po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Rekonwalescencji Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) trwał co najmniej 14 dni.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Rekonwalescencji Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Rekonwalescencji w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencją liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego, w każdym roku Okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu
wskutek Nieszczęśliwego wypadku
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20);</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 12), 13), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 8), 9), i 22) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK REHABILITACJI UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_RH/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Rehabilitacji.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Rehabilitacja Ubezpieczonego** – terapia mająca na celu polepszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, podjęta na podstawie skierowania na Rehabilitację wydanego przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Przez skierowanie na Rehabilitację należy rozumieć informację zamieszczoną w karcie informacyjnej wydanej przez Szpital zalecającą podjęcie Rehabilitacji.
 2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Rehabilitacji Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;

- 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 4) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie dłużej niż 14 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej;
 - 5) Szpital, w którym miał miejsce Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w karcie informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu zalecił podjęcie Rehabilitacji.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rehabilitacja Ubezpieczonego) rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia.
 4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
 5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Rehabilitacji Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu, zawierającą informację zalecającą podjęcie Rehabilitacji;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego zakończono zalecono podjęcie Rehabilitacji przez Ubezpieczonego) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5-6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20/).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego, w każdym roku Okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia Ubezpieczonego w Sanatorium po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20);</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 12), 13), 26), 27), i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 12), 20) i 22) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK LECZENIA W SANATORIUM UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_LWS/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia w Sanatorium po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Leczenia w Sanatorium.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Leczenie w Sanatorium** – konieczność kontynuacji leczenia, rehabilitacji oraz zapobiegania nawrotom chorobom przewlekłym w Sanatorium po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) **Sanatorium** – uprawniony do działania zgodnie z przepisami prawa zakład lecznictwa, nie będący Szpitalem, przeznaczony do leczenia chorób przewlekłych, rehabilitacji oraz zapobiegania nawrotom choroby i ich skutkom.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętymi zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Leczenia w Sanatorium Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczony otrzymał w Okresie ubezpieczenia skierowanie potwierdzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na Leczenie w Sanatorium w celu kontynuowania leczenia po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu lub skierowanie na leczenie sanatoryjne zostało wystawione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego wystawiono skierowanie) trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego wystawiono skierowanie) rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, o ile skierowanie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1) powyżej zostanie wystawione w ciągu 1 miesiąca po zakończeniu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Leczenia w Sanatorium Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) skierowania do Sanatorium zatwierdzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zawierającej datę zatwierdzenia lub skierowania na leczenie sanatoryjne wystawionego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Leczenia w Sanatorium w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego wystawiono skierowanie) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego, w każdym roku Okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej stosuje się odpowiednio postanowienia Warunków Ubezpieczenia.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia Specjalistycznego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 13) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2)-9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 20), 25), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 20), 22), 25), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

Kod warunków: UG_LS/06/22

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia specjalistycznego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Leczenie specjalistyczne.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) Leczenie specjalistyczne (wariant pierwszy),
 - b) Leczenie specjalistyczne (wariant drugi) lub
 - c) Leczenie specjalistyczne (wariant trzeci).

Wariant ryzyka Leczenia specjalistycznego wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Leczenie specjalistyczne (inaczej: Zabiegi specjalistyczne)** – procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, polegająca na przeprowadzeniu jednego z zabiegów lub sposobów leczenia określonych w pkt 2 – 11 poniżej;
 - 2) **Ablacja** – zabieg medyczny wykonywany w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
 - 3) **Chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej z wykorzystaniem minimum jednego leku przeciwnowotworowego z grupy L według klasyfikacji ATC, o ile Chemioterapia została zalecona przez onkologa lub hematologa;

- 4) **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – zabieg medyczny wszczepienia układu defibrylującego serce, tj. układu elektronicznego z funkcją rozpoznawania i leczenia groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
 - 5) **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – zabieg wszczepienia układu stymulującego serce – urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca;
 - 6) **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
 - 7) **Terapia interferonowa** – podawanie interferonu drogą pozajelitową w celu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub B. Wyłącznie takie przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby spowodowane przez HBV lub HCV, które oznacza włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub większym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7 kPa oraz w którym potwierdzone są łącznie przynajmniej 2 następujące kryteria:
 - a) Liczba kopii wirusa oznaczonego metoda PCR jest większa niż 2000/ ml stale lub okresowo przez okres minimum 6 miesięcy,
 - b) Biochemiczne wyznaczniki uszkodzenia komórki wątrobowej w postaci ALAT i AspAT są podwyższone stale lub okresowo przez okres minimum 6 miesięcy,
 - c) kliniczne objawy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczkę, wodobrzusza, żyłaków przełyku;
 - 8) **Dializoterapia** – metoda leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
 - 9) **Hormonoterapia** – metoda leczenia chorób nowotworowych polegająca na podaniu hormonów lub leków blokujących receptory hormonalne w celu ograniczenia lub zapobieganiu wznowie choroby nowotworowej;
 - 10) **Gamma Knife i Cyberknife** – Leczenie przy użyciu metody Gamma Knife lub Cyberknife następujących schorzeń nienowotworowych: drżenie samoistne, zaburzenia rozwojowe naczyń mózgowych, neuralgia nerwu trójdzielnego;
 - 11) **Respiratoroterapia** – metoda leczenia polegająca na wspomaganiu lub zastępowaniu pracy własnych mięśni oddechowych ubezpieczonego, wymagająca zastosowania wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (respirator) w ramach oddziału Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM). Wskazaniem do wykonania procedury są stany zagrożenia życia. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki zastosowania respiratorów w celu wykonania operacji chirurgicznych;
 - 12) **Wykonanie Leczenia specjalistycznego** –
 - a) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku w Okresie ubezpieczenia – w przypadku Chemioterapii i Terapii interferonowej lub Hormonoterapii,
 - b) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego w Okresie ubezpieczenia – w przypadku Radioterapii, Cyber Knife lub Gammaknife,
 - c) Wszczepienie Ubezpieczonemu w Okresie ubezpieczenia: kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca,
 - d) Ablacja Ubezpieczonego wykonana w Okresie ubezpieczenia,
 - e) Dializoterapia wykonana w Okresie ubezpieczenia,
 - f) Respiratoroterapia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w wariantcie pierwszym obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
 - 1) Ablacji;
 - 2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca.
2. Zakres ubezpieczenia w wariantcie drugim obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
 - 1) Ablacji;
 - 2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca;
 - 3) Dializoterapii;
 - 4) Chemioterapii;
 - 5) Radioterapii;
 - 6) Terapii interferonowej;
 - 7) Hormonoterapii;
 - 8) Gamma Knife i Cyberknife.

3. Zakres ubezpieczenia w wariantcie trzecim obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
 - 1) Ablacji;
 - 2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca;
 - 3) Dializoterapii;
 - 4) Chemioterapii;
 - 5) Radioterapii;
 - 6) Terapii interferonowej;
 - 7) Hormonoterapii;
 - 8) Gamma Knife i Cyberknife;
 - 9) Respiratoroterapii.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wykonania Leczenia specjalistycznego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wykonania Leczenia specjalistycznego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - a) dokumentacji medycznej, stwierdzającej Wykonanie Leczenia specjalistycznego,
 - b) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Leczenia specjalistycznego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do jednorazowej wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wykonania danego Leczenia specjalistycznego. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń wygasa w zakresie danego

Leczenia specjalistycznego, z tytułu Wykonania którego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie Ubezpieczeniowe, niezależnie od ich liczby Wykonanych Zabiegów specjalistycznych danego rodzaju. W przypadku jednoczesnego dwóch lub więcej zabiegów spośród Chemioterapii, Radioterapii i Hormonoterapii odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.

5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wykonania Leczenia specjalistycznego, które miało miejsce w wyniku:
 - 1) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 4) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawiania pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, a także dobrowolnego użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 13) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV;
 - 14) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypis na żądanie ze szpitala, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie specjalistyczne rozpoczęło się przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia.
 7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 26 maja 2022 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 czerwca 2022 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
dotyczące Świadczenia poszpitalnego
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
<p>1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.</p>	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.</p>	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 12) 13), 26), 267), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia,</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 8), 9), i 22) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIA POSZPITALNEGO

Kod warunków: UG_SP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczące Świadczenia poszpitalnego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko dotyczące Świadczenia poszpitalnego.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Świadczenie poszpitalne** – Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Towarzystwo Ubezpieczeń w przypadku wystąpienia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie poszpitalne, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie poszpitalne, pod warunkiem, że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie poszpitalne także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia.
4. Świadczenia poszpitalne wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia poszpitalnego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia poszpitalnego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia poszpitalnego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia poszpitalne są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka dotyczącego Świadczenia poszpitalnego w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 – 8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/09/20).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia poszpitalnego z tytułu każdego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od długości jego trwania.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty trzech Świadczeń poszpitalnych w każdym roku Okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej stosuje się odpowiednio postanowienia Warunków Ubezpieczenia.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego
„Odprawa Pośmiertna”
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 19), 21), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 19), 26), 27), 29), 30), 31) i 36) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 27) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO „ODPRAWA POŚMIERTNA”

Kod warunków: UG_ODP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego „Odprawa pośmiertna”**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego „Odprawa Pośmiertna”. Jednakże gdy Strony uzgodnią, iż zakres ochrony ma obejmować wyłącznie ryzyko śmierci Ubezpieczonego „Odprawa pośmiertna”, to ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka śmierci jest świadczona wyłącznie na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia a postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się tylko odpowiednio.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - Wariant I – ODP_1;
 - Wariant II – ODP_2.
- Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, są wskazywane we Wniosku i następnie potwierdzone w Polisie.
- Istotą ryzyka śmierci Ubezpieczonego „Odprawa Pośmiertna” jest objęcie ochroną ubezpieczeniową Pracowników Ubezpieczającego w sposób umożliwiający ograniczenie odpowiedzialności finansowej Ubezpieczającego w związku z koniecznością wypłaty odprawy pośmiertnej, w okolicznościach o których mowa w art. 93 kodeksu pracy (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1502).

DEFINICJE

§ 2

Określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba pod warunkiem, że w dniu podpisywania Deklaracji zgody łącznie spełnia następujące warunki:
 - ma ukończone 18 lat;
 - ma miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - ma obywatelstwo polskie;
 - zostały spełnione warunki określone w § 5 ust.1 Warunków Ubezpieczenia.
- Pracownik może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia również w sytuacji, gdy:
 - nie wyraził woli na objęcie ochroną w zakresie Wariantu ochrony, lub
 - nie spełniał przesłanek tam określonych (tj. w Warunkach Ubezpieczenia), z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO – WARIANT I ODPRawy POŚMIERTNEJ

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i składki jest równa dla wszystkich Pracowników.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we Wniosku i potwierdzonej w Polisie, w części oznaczonej jako ubezpieczenie związane z odprawą pośmiertną.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO – WARIANT II ODPRawy POŚMIERTNEJ

§ 6

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia, której wysokość jest ustalana zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 i nast. poniżej.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest uzależniona od okresu zatrudnienia Pracownika u Ubezpieczającego i wynosi:
 - 1) jednomiesięczne wynagrodzenie, jeżeli Pracownik był zatrudniony krócej niż 10 lat;
 - 2) trzymiesięczne wynagrodzenie, jeżeli Pracownik był zatrudniony co najmniej 10 lat;
 - 3) sześciomiesięczne wynagrodzenie, jeżeli Pracownik był zatrudniony co najmniej 15 lat.
3. Długość stażu pracy obliczana jest zgodnie z przepisami kodeksu pracy (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1502). Informacje dotyczące wartości przysługującego danemu Pracownikowi wynagrodzenia brutto a także informacje o długości stażu pracy, niezbędne do obliczenia sumy ubezpieczenia i składki, dostarcza Ubezpieczający w formie listy, o której mowa w ust. 6. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo żądać dokumentów potwierdzających wartość przysługującego Pracownikowi wynagrodzenia a także długość jego stażu pracy.
4. Wartość sumy ubezpieczenia mająca zastosowanie do danego Pracownika a także wartość należnej składki za świadczenie ochrony ubezpieczeniowej w danym miesiącu kalendarzowym są obliczane w sposób określony we Wniosku i potwierdzony w Polisie na podstawie informacji dostarczonych przez Ubezpieczającego. Aktualizacja wartości sumy ubezpieczenia i składki następuje pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu doręczenia przez Ubezpieczającego listy zawierającej zaktualizowane wartości. Towarzystwu Ubezpieczeń przysługuje prawo złożenia sprzeciwu w przypadku, gdy zaktualizowana suma ubezpieczenia obliczona dla danego Pracownika na podstawie danych doręczonych przez Ubezpieczającego w liście rażąco przekracza sumę ubezpieczenia aktualnie obowiązującą. Przedmiotowy sprzeciw jest skuteczny, jeżeli zostanie złożony przez Towarzystwo Ubezpieczeń Ubezpieczającemu przed pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym zaktualizowana suma ubezpieczenia miałaby obowiązywać. Skuteczne złożenie sprzeciwu przez Towarzystwo Ubezpieczeń powoduje, iż aktualizacja sumy ubezpieczenia jest bezskuteczna.
5. Suma ubezpieczenia obliczona zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 – 4 powyżej nie może przekraczać 200 000 zł (słownie: dwieście tysięcy złotych). Przedmiotowa kwota stanowi maksymalną kwotę odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń w stosunku do jednego Ubezpieczonego, niezależnie od wartości przysługującego mu wynagrodzenia brutto i długości stażu pracy.

6. Ubezpieczający zobowiązuje się do przesyłania w formie elektronicznej listy, zawierającej dane Pracowników obejmujące m.in.:
 - 1) wartość przysługującego im wynagrodzenia miesięcznego brutto;
 - 2) dane dotyczące długości stażu pracy;
 - 3) wartość należnej składki za danego Pracownika za dany miesiąc ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej zgodnie ze wzorem określonym we Wniosku i następnie potwierdzonym w Polisie.
7. Ubezpieczający zobowiązuje się do przesyłania listy, o której mowa w ust. 6 powyżej, w terminie do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, którego lista dotyczy. W przypadku niedoręczenia listy w wyznaczonym terminie, uznaje się, że obowiązuje poprzednio przesłana lista.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń doręczy Ubezpieczającemu wzór listy, który należy stosować w celu wykonania niniejszej Umowy ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 7

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w ciągu 2 lat od daty początku Okresu ubezpieczenia.

§ 9

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 10

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 13) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 5), 12), 27), 30) i 36) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 4) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 24), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 12), 25), 26), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 23), 28) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI CZŁONKA RODZINY UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SCRNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Członek rodziny** – Małżonek, Partner, Rodzic, Niepełnoletnie dziecko lub Dorosłe dziecko;

- 2) **Dorosłe dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyło 18. rok życia;
- 3) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **Macocho** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 5) **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowca po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 6) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo

domowe. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:

- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
- 8) **Niepełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ma ukończonego 18. roku życia.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia śmierci Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia, wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu Dodatkowego.
2. Ubezpieczony ma możliwość wyboru więcej niż jednego Wariantu Dodatkowego, poprzez wskazanie w Deklaracji zgody ilości wybranych Wariantów Dodatkowych.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) śmierć Członka rodziny Ubezpieczonego miała miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) śmierć Członka rodziny Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 270 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Członka rodziny Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu;
 - 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka;
 - 5) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dorosłego dziecka lub Niepełnoletniego dziecka;

- 6) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku w każdym roku Okresu ubezpieczenia. Oznacza, to że w przypadku wystąpienia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego w danym roku Okresu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Śmierci Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Członka rodziny Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Członka rodziny Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Członka rodziny Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Członka rodziny Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Teść Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99) o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 12), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 4), 9) i 10) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 12), 25), 26), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 9), 10), 11), 12), 15), 20), 22), 25), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU CZŁONKA RODZINY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_TURNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia, o ryzyko Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadać następujące znaczenie:

- 1) **Członek rodziny** – Małżonek, Partner, Rodzic, Niepełnoletnie dziecko lub Dorosłe dziecko;
- 2) **Dorosłe dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyło 18. rok życia;
- 3) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **Macocho** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

- 5) **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowca po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
 - 6) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
 - 8) **Niepełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ma ukończonego 18. roku życia;
 - 9) **Trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów Członka rodziny Ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu narządów lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu Dodatkowego.
2. Ubezpieczony ma możliwość wyboru więcej niż jednego Wariantu Dodatkowego, poprzez wskazanie w Deklaracji zgody ilości wybranych Wariantów Dodatkowych.
3. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w ciągu 270 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, istniejącego przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków, stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia;
 - 2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 5) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka;
 - 6) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dorosłego dziecka lub Niepełnoletniego dziecka.

2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Członka rodziny Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Członka rodziny Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Członka rodziny Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) wypadku spowodowanego przez Członka rodziny Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Członka rodziny Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Członek rodziny Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99), o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Członka rodziny w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5), 12), 23), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 10) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 10) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 4), 9) i 11) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 10) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 6), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 20), 22), 25), 26) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU CZŁONKA RODZINY W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_PWSRNW /09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Członka rodziny w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Członek rodziny** – Małżonek, Partner, Rodzic, Niepełnoletnie dziecko lub Dorosłe dziecko;
- 2) **Dorosłe dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyło 18. rok życia;
- 3) **Małżonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **Macocho** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będącą biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będącą biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 5) **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowca po matce Ubezpieczonego, nie będą-

- cy biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 6) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
 - 8) **Niepełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ma ukończonego 18. roku życia;
 - 9) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej;
 - 10) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – okres, w którym Członek rodziny Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Członka rodziny Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia, wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu Dodatkowego. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od pierwszego dnia Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Pobyt w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;

- 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobyt w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe także w przypadku, gdy Pobyt Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
6. Ubezpieczony ma możliwość wyboru więcej niż jednego Wariantu dodatkowego, poprzez wskazanie w Deklaracji zgody ilości wybranych Wariantów Dodatkowych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Członka rodziny w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) karty informacyjnej z leczenia Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 2) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dorosłego dziecka lub Niepełnoletniego dziecka;
 - 5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu w wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu Pobytu Członka rodziny Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie tego Pobytu jest wyłączona i w konsekwencji Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostaną wypłacone.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowskim (sanatoryjnym);
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym;
 - 4) w sanatorium;
 - 5) w uzdrowisku;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które nastąpiło w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Członka rodziny Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Członka rodziny Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) wypadku spowodowanego przez Członka rodziny Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień,

lub gdy kierowany przez Członka rodziny Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Członek rodziny Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99) o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 9) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 12), 13), 26), 27), 29) i 34) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 4), 9) i 10) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 10) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 6), 8), 9), 12), 13), 20), 25), 26), 27), 29), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 5), 8), 9), 10), 11), 12), 13), 20), 22), 25), 26) i 38) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADK OPERACJI CHIRURGICZNEJ CZŁONKA RODZINY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_OCRNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Operacji chirurgicznej Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Członek rodziny** – Mążonek, Partner, Rodzic, Niepełnoletnie dziecko lub Dorosłe dziecko;
- 2) **Dorosłe dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyło 18. rok życia;
- 3) **Mążonek** – osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) **Macocho** – aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będącą biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będącą biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 5) **Ojczym** – aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowca po matce Ubezpieczonego, nie będą-

cy biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński;

- 6) **Partner** – niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) **Rodzic** – ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego – osoba, która dokonała jego przysposobienia, a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
 - 8) **Niepełnoletnie dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ma ukończonego 18. roku życia;
 - 9) **Operacja chirurgiczna (Operacja)** – zabieg chirurgiczny polegający na naruszeniu ciągłości tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie to nie obejmuje żadnych zabiegów wykonywanych w celach diagnostycznych, przy zastosowaniu metod endoskopowych.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia Operacji chirurgicznej Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Operacji chirurgicznej Członka rodziny Członka rodziny Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wykonania Operacji chirurgicznej, będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu Dodatkowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Operacja chirurgiczna miała miejsce w trakcie Pobytu w Szpitalu, który trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 5;
 - 3) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Operacją chirurgiczną istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
5. Ubezpieczony ma możliwość wyboru więcej niż jednego Wariantu Dodatkowego, poprzez wskazanie w Deklaracji zgody ilości wybranych Wariantów Dodatkowych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Operacji chirurgicznej Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) dokumentacji medycznej – potwierdzającej przeprowadzenie Operacji chirurgicznej – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 2) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Małżonka;
 - 4) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy Dorosłego dziecka lub Niepełnoletniego dziecka;
 - 5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie ryzyka Operacji chirurgicznej w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, które nastąpiło w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Członka rodziny Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Członka rodziny Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) wypadku spowodowanego przez Członka rodziny Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Członka rodziny Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Członek rodziny Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99) o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Wystąpienia Nowotworu żeńskiego lub męskiego u Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust 1 pkt 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust 1 pkt 1) - 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust 1 pkt 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 26), 27), 29) i 353) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 25), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 7) i 8) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA NOWOTWORU ŻEŃSKIEGO LUB MĘSKIEGO U UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_CHN/06/22

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Wystąpienia Nowotworu żeńskiego lub męskiego u Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Wystąpienie Nowotworu żeńskiego lub męskiego u Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Wystąpienie Nowotworu** – data diagnozy Nowotworu złośliwego objętego zakresem ochrony;
- 2) **Nowotwór złośliwy (rak)** – obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem

się w organizmie, z naciekaniami i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe, których głębokość nacieku przekracza 1,5 mm lub klasyfikowanym powyżej 3 poziomu inwazji wg. skali Clarka. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i potwierdzony przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:

- a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
- b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ” („tumours in situ”, Tis),
- c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
- d) raka pęcherza moczowego stadium Ta*,
- e) raka tarczycy brodawkowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a* (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
- f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
- g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,

- h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
- i) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanego jako T1NOMO według klasyfikacji AJCC;

* Według międzynarodowej klasyfikacji TNM.

- 2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie Nowotworu u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia postaci:
 - 1) Nowotworu piersi (sutka);
 - 2) Nowotworu trzonu macicy;
 - 3) Nowotworu szyjki macicy;
 - 4) Nowotworu jajnika;
 - 5) Nowotworu jajowodu;
 - 6) Nowotworu pochwy;
 - 7) Nowotworu sromu;
 - 8) Nowotworu gruczołu krokowego;
 - 9) Nowotworu jądra;
 - 10) Nowotworu prącia.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- 1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

- 1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Nowotworu Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
 - 2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
 - 3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
- 1. W zakresie ryzyka Wystąpienia Nowotworu u Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
 - 3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony). Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej.
 - 4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia Nowotworu jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Nowotworu złośliwego, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
 - 5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń nie obejmuje przerzutów Nowotworu z innych narządów, które rozprzestrzeniły się na: pierś (sutek), trzon macicy, szyjkę macicy, jajnik, jajowód, pochwę, srom, gruczoł krokowy, jądro, prącie.
 - 6. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Nowotworu złośliwego w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Nowotwór złośliwy z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Nowotworem złośliwym, z tytułu Wystąpienia którego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
 - 7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Nowotworu złośliwego, który doprowadził do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Nowotworem złośliwym, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy, który doprowadził do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Nowotworem złośliwym, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

- 1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Nowotworu Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) dokumentacji medycznej z wynikami badań potwierdzającymi Wystąpienie Nowotworu Ubezpieczonego oraz z wynikiem badania histopatologicznego;
 - 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
- 2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
- 3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- 1. W zakresie ryzyka Wystąpienia Nowotworu u Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
 - 3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony). Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej.
 - 4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia Nowotworu jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Nowotworu złośliwego, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
 - 5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń nie obejmuje przerzutów Nowotworu z innych narządów, które rozprzestrzeniły się na: pierś (sutek), trzon macicy, szyjkę macicy, jajnik, jajowód, pochwę, srom, gruczoł krokowy, jądro, prącie.
 - 6. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Nowotworu złośliwego w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Nowotwór złośliwy z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Nowotworem złośliwym, z tytułu Wystąpienia którego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
 - 7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Nowotworu złośliwego, który doprowadził do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Nowotworem złośliwym, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy, który doprowadził do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Nowotworem złośliwym, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
- ### POSTANOWIENIA KOŃCOWE
- #### § 8
- Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
- #### § 9
- 1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 26 maja 2022 roku.
 - 2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 czerwca 2022 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2; § 4 ust. 1; § 5 ust. 1 i ust. 2; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2; § 4 ust. 2; § 7.

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO NOWOTWORU O NISKIM POTENCJALE ZŁOŚLIWOŚCI

Kod warunków: UG_CHNIS/11/23

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości.

DEFINICJE

§ 2

W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- Wystąpienie Nowotworu o niskim potencjale złośliwości** – data pobrania materiału do badania Nowotworu o niskim potencjale złośliwości objętego zakresem ochrony, którego rozpoznanie zostało potwierdzone tym badaniem;
- Nowotwór o niskim potencjale złośliwości** – wczesna postać nowotworu, której stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości daje podstawy do dobrego rokowania; Ochroną ubezpieczeniową objęte są:
 - stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN 3, który wymaga zabiegu operacyjnego,
 - guz graniczny jajnika wymagające zabiegu operacyjnego i leczenia uzupełniającego,
 - zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny, wymagający leczenia hematologicznego,
 - rak brodawkowaty tarczycy określony w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), wymagający zabiegu operacyjnego,
 - nowotwory neuroendokrynne o niskim potencjale złośliwości (Ki67 poniżej 5%),
 - wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub granicznej złośliwości (borderline) wg badania histopatologicznego wymagające:
 - * zabiegu operacyjnego i chemioterapii/radioterapii lub
 - * więcej niż jednego zabiegu operacyjnego.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Nowotworu o niskim potencjale złośliwości.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia albo z dniem zmiany Wariantu ochrony na taki, który nie przewiduje ryzyka Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

- Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
- Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony i jest potwierdzona w Certyfikacie.
- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
- Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

- Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie do Towarzystwa Ubezpieczeń:

- 1) dokumentacji medycznej z wynikami badań potwierdzającymi Wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, w tym wynikiem badania histopatologicznego;
 - 2) dokumentu tożsamość Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie 3-miesięczny okres Karencji liczony od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony). Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 poniżej, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Nowotwór o niskim potencjale

złośliwości z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z Nowotworem o niskim potencjale złośliwości, z tytułu Wystąpienia którego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.

6. W okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, jeżeli:

- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego zdiagnozowano stan chorobowy lub prowadzono diagnostykę w kierunku wykrycia stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym, a Nowotworem o niskim potencjale złośliwości istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej,

lub

- 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono leczenie stanu chorobowego, który doprowadził do Wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu o niskim potencjale złośliwości, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między tym stanem chorobowym a Nowotworem o niskim potencjale złośliwości istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 23 listopada 2023 roku.
3. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 grudnia 2023 roku.

**Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 12), 13), 26), 27), 29), 32), 34) i 35) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 4), 12), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 8), 9), 12), 13), 23), 26), 27), 29), 30), 31), 35) i 39) Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_CNDPNW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Całkowitej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Całkowita niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – całkowita niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, stwierdzona Orzeczeniem wydanym na okres dłuższy niż 12 miesięcy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku uznaje się dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy wskazany w Orzeczeniu;
 - 2) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach przez uprawnionego

lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, uprawnioną komisję lekarską lub sąd powszechny lub decyzją organu rentowego, stwierdzające całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy, wydane nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia.

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia;
 - 3) Całkowita niezdolności Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) Orzeczenia;
 - 2) dokumentacji medycznej oraz zaświadczeń lekarskich wydanych do celów rentowych i pozarentowych potwierdzająca Całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
 - 4) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia kolejnej Całkowitej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:

- 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) Aktów terroru, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecane przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 9) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z niską punktacją w skali APGAR (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 13), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 26), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 8) i 9) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK URODZENIA SIĘ UBEZPIECZONEMU DZIECKU Z NISKĄ PUNKTACJĄ W SKALI APGAR

Kod warunków: UG_UDZIAP/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z niską punktacją w skali APGAR, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z niską punktacją w skali APGAR.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpiezonego, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpiezonego (kod warunków: UG_UDZI/09/20).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR** – urodzenie się żywego dziecka Ubezpiezonego, pod warunkiem, że jest potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic, które przy urodzeniu, według ostatniej dokonanej oceny stanu noworodka wpisanej w odpowiednim dokumencie, otrzymało nie więcej niż 7 punktów w skali APGAR. Przez Urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozzerwalne przysposobienie przez Ubezpiezonego dziecka, o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu.
 2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia Urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z niską punktacją w skali APGAR, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każde Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- 1) karty informacyjnej leczenia szpitalnego zawierającej informacje o liczbie otrzymanych przez Dziecko punktów w skali APGAR według ostatniej dokonanej oceny stanu noworodka;
- 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka lub odpisu nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi ograniczoną odpowiedzialność, jeżeli Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z niską punktacją w skali APGAR miało miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (kod warunków: UG_UDZI/09/20) i na określonych tam zasadach.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z Wadą wrodzoną (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	<p>§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 13), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 7), 13), 26), 27), 29) i 35) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27) i 29) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 13), 26) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 26), 27), 29), 30) i 39) Warunków Ubezpieczenia.</p>
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	<p>§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8), 9), 26), 27), 29) i 39) Warunków Ubezpieczenia;</p> <p>§ 2 ust. 1 pkt 8) i 9) Warunków Ubezpieczenia.</p>

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK URODZENIA SIĘ UBEZPIECZONEMU DZIECKU Z WADĄ WRODZONĄ

Kod warunków: UG_UDZIWW/09/20

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z Wadą wrodzoną**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko na wypadek Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z Wadą wrodzoną.
- Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (kod warunków: UG_UDZI/09/20).

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z Wadą wrodzoną** – urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego, pod warunkiem, że jest potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic, które urodziło się z Wadą wrodzoną. Przez Urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozzerwalne przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka, o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - Wada wrodzona** – nabyta w życiu zarodkowym lub płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia, i aberracje chromosomowe” (Q00-Q99), która została zdiagnozowana przed ukończeniem 3. roku życia dziecka.
- Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia Urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z Wadą wrodzoną .

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Urodzenia się Ubezpieczonemu Dziecku z Wadą wrodzoną, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każde Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z Wadą wrodzoną.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku z Wadą wrodzoną jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

- 1) dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie Wady wrodzonej;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka lub odpisu nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
 3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

Towarzystwo Ubezpieczeń stosuje okres ograniczonej odpowiedzialności, jeżeli Urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku z Wadą wrodzoną miało miejsce w związku w okolicznościach, o których mowa w § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecku lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (kod warunków: UG_UDZI/09/20).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 14 sierpnia 2020 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 września 2020 roku.

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczących Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pozawałowego (kod warunków: UG_KARD/01/11/19)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia; § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia; Załącznik nr 1 Katalog Usług Medycznych.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO DOTYCZĄCE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO - PAKIET WSPARCIA POZAWAŁOWEGO

Kod warunków: UG_KARD/01/11/19

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pozawałowego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pozawałowego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Infolinia medyczna** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 06, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Aktualne dane kontaktowe i godziny pracy Infolinii są dostępne na stronie internetowej www.tuzdrowie.pl;
- 2) **Katalog Usług Medycznych** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący niezbędne Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym / prowadzącym Ubezpieczonego;
- 4) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza);
- 5) **Placówka medyczna** – uprawniony zgodnie z prawem do oferowania Usług medycznych podmiot działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Konsultanta Medycznego;

- 6) **Usługa medyczna** – udzielona porada lekarska, badanie diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, zabiegi ambulatoryjne, w tym rehabilitacyjne oraz inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące przywróceniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Usług medycznych stanowiącym integralny załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zawał serca leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej służącej przywróceniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia.
3. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie ubezpieczeniowe w postaci organizacji i pokrycia kosztów wykonania określonej Usługi medycznej.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia rozpoczyna się zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia;
 - 2) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71. rok życia.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 5

1. Towarzystwo Ubezpieczeń realizuje Świadczenia ubezpieczeniowe na zasadach szczegółowo określonych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. W celu realizacji Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien złożyć następujące dokumenty:
 - 1) podpisany wniosek o realizację świadczenia, znajdujący się na stronie www.openlife.pl (formularz do pobrania po nazwę: „Wniosek o rozpoczęcie programu zdrowotnego dla klientów Open Life”;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Zawał serca.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe jest realizowane zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności to Konsultant Medyczny skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu uzgodnienia organizacji Usługi medycznej mającej na celu wdrożenie optymalnego procesu dalszego leczenia.
5. Ubezpieczony po wykonaniu każdej zaleconej Usługi kontaktuje się z Konsultantem w celu dalszej realizacji Usługi medycznej.
6. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności a Ubezpieczony umówi wykonanie Usług medycznych za pośrednictwem Infolinii medycznej i zrealizuje ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta Medycznego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie zrealizowane w formie bezgotówkowej, co oznacza, że Towarzystwo Ubezpieczeń pokryje w pełni koszty wykonania określonych Usług medycznych. Świadczenie ubezpieczeniowe w formie bezgotówkowej może zostać zrealizowane wyłącznie w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego.
7. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń uznało swoją odpowiedzialność a Konsultant Medyczny wskaże lekarza lub pracownię diagnostyczną nie realizującą bezgotówkowej formy Świadczenia ubezpieczeniowego, tj. umówienia Usług medycznej w sposób o której mowa w ust. 5 powyżej, i samodzielnie umówi wykonanie określonej Usługi medycznej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu pełny koszt jej wykonania.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. W zakresie ryzyka dotyczącego Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pozawałowego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres karencji wynosi 3 miesiące.

2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony, rozszerzającego ochronę ubezpieczeniową o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego - Pakiet Wsparcia Pozawałowego, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za wymieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie spełni Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku:
 - 1) nie zastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Konsultanta Medycznego;
 - 2) wykonania Usług medycznych nie zaleconych przez Konsultanta Medycznego w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczonego;
 - 3) wykonania Usług medycznych nie występujących w Katalogu Usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 8

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 7 listopada 2019 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 8 listopada 2019 roku.

Załącznik nr 1: Katalog Usług Medycznych

KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – PAKIET WSPARCIA POZAWAŁOWEGO

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Opieka specjalistyczna			
Konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie	Kardiolog konsultacja lekarska		Limit 4 konsultacji
	Dietetyk - konsultacja		
Konsultacje psychologa	Psycholog konsultacja		
Badania laboratoryjne			
Badania biochemiczne	cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	Limit 4 pobrań
	cholesterol HDL	wyliczony	
	cholesterol LDL		
	triglicerydy (trójglicerydy)		
Badania czynnościowe			
Układ krążenia	EKG spoczynkowe z opisem		Limit 4 badań
	24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		Limit 2 badań
	echokardiografia (ECHO)		
Rehabilitacja ambulatoryjna			
Elektroterapia	fonoforeza	mięśni kończyny dolnej	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		mięśni kończyny górnej	
		kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
	staw barkowy		
	staw biodrowy		
	staw kolanowy		
	staw łokciowy		
	staw skokowy		
	stopa		
	udo		
	galwanizacja	kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
nadgarstek			
podudzie			
przedramię			
ramię			
ręka			
staw barkowy			
staw biodrowy			
staw kolanowy			
staw łokciowy			
staw skokowy			
stopa			
udo			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
Elektroterapia c.d.	jonoforeza	kregoslup ledzwiowy	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
		kregoslup piersiowy		
		kregoslup szyjny		
		nadgarstek		
		podudzie		
		przedramię		
		ramię		
		ręka		
		staw barkowy		
		staw biodrowy		
		staw kolanowy		
		staw łokciowy		
		staw skokowy		
		stopa		
		udo		
		prądy Nemecca (interferencyjne)		kregoslup ledzwiowy
				kregoslup piersiowy
				kregoslup szyjny
				nadgarstek
				podudzie
	przedramię			
	ramię			
	ręka			
	staw barkowy			
	staw biodrowy			
	staw kolanowy			
	staw łokciowy			
	staw skokowy			
	stopa			
	udo			
	prądy Tensa			kregoslup ledzwiowy
				kregoslup piersiowy
				kregoslup szyjny
				nadgarstek
				podudzie
		przedramię		
		ramię		
		ręka		
		staw barkowy		
		staw biodrowy		
staw kolanowy				
staw łokciowy				
staw skokowy				
stopa				
udo				
prądy Traeberta		kregoslup ledzwiowy		
		kregoslup piersiowy		
		kregoslup szyjny		
		nadgarstek		
		podudzie		
	przedramię			
	ramię			
ręka				
staw barkowy				

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Elektroterapia c.d.	prądy Traebera c.d.	staw biodrowy	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
	terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	udo	
		kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
udo			
Kinezyterapia	ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające		
	ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane		
	ćwiczenia ind. instruktażowe	kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
stopa			
udo			
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach		
wyciąg trakcyjny	wyciąg trakcyjny		
Krioterapia	krioterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
staw kolanowy			
staw łokciowy			
staw skokowy			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Krioterapia c.d.	krioterapia miejscowa c.d.	stopa	
		udo	
		kregoslup ledzwiowy	
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramie	
		ramie	
		reka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
staw lokciowy			
staw skokowy			
Laseroterapia	laseroterapia punktowa	stopa	
		udo	
		kregoslup ledzwiowy	
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramie	
		ramie	
		reka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
staw lokciowy			
staw skokowy			
Magnetoterapia	impulsy Magnetus	stopa	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		udo	
		kregoslup ledzwiowy	
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramie	
		ramie	
		reka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
staw lokciowy			
staw skokowy			
Światłolecznictwo	promienie UV		
	Sollux		
Terapia ultradźwiękami	ultraterapia miejscowa	kregoslup ledzwiowy	
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramie	
		ramie	
		reka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw skokowy	
		stopa	
udo			

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczących Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Poudarowego (kod warunków: UG_NEU/01/11/19)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia; § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia; Załącznik nr 1 Katalog Usług Medycznych.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO DOTYCZĄCE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO – PAKIET WSPARCIA POUDAROWEGO

Kod warunków: UG_NEU/01/11/19

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Poudarowego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Poudarowego.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Infolinia medyczna** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 06, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Aktualne dane kontaktowe i godziny pracy Infolinii są dostępne na stronie internetowej www.tuzdrowie.pl;
 - Katalog Usług Medycznych** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia;
 - Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący niezbędne Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym / prowadzącym Ubezpieczonego;
 - Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
 - epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;

- Placówka medyczna** – uprawniony zgodnie z prawem do oferowania Usług medycznych podmiot działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Konsultanta Medycznego;
- Usługa medyczna** – udzielona porada lekarska, badanie diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, zabiegi ambulatoryjne, w tym rehabilitacyjne oraz inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące przywróceniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Usług medycznych stanowiącym integralny załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

- Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Udar mózgu leczony w warunkach szpitalnych wymagający wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Usługi medycznej służącej przywróceniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia.
- W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie ubezpieczeniowe w postaci organizacji i pokrycia kosztów wykonania określonej Usługi medycznej.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia rozpoczyna się zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa:
 - z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia;
 - z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71. rok życia.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 5

1. Towarzystwo Ubezpieczeń realizuje Świadczenia ubezpieczeniowe na zasadach szczegółowo określonych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. W celu realizacji Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien złożyć następujące dokumenty:
 - 1) podpisany wniosek o realizację świadczenia, znajdujący się na stronie www.openlife.pl (formularz do pobrania po nazwę: „Wniosek o rozpoczęcie programu zdrowotnego dla klientów Open Life”;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej następujący w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Udar mózgu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe jest realizowane zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności to Konsultant Medyczny skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu uzgodnienia organizacji Usługi medycznej mającej na celu wdrożenie optymalnego procesu dalszego leczenia.
5. Ubezpieczony po wykonaniu każdej zaleconej Usługi kontaktuje się z Konsultantem Medycznym w celu dalszej realizacji Usługi medycznej.
6. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności a Ubezpieczony umówi wykonanie Usług medycznych za pośrednictwem Infolinii medycznej i zrealizuje ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta Medycznego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie zrealizowane w formie bezgotówkowej, co oznacza, że Towarzystwo Ubezpieczeń pokryje w pełni koszty wykonania określonych Usług medycznych. Świadczenie ubezpieczeniowe w formie bezgotówkowej może zostać zrealizowane wyłącznie w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego.
7. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń uznało swoją odpowiedzialność a Konsultant Medyczny wskaże lekarza lub pracownię diagnostyczną nie realizującą bezgotówkowej formy Świadczenia ubezpieczeniowego, tj. umówienia Usług medycznej w sposób o której mowa w ust. 5 powyżej, i samodzielnie umówi wykonanie określonej Usługi medycznej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu pełny koszt jej wykonania.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. W zakresie ryzyka dotyczącego Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Poudarowego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karenca. Okres karence wynosi 3 miesiące.

2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karence wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony, rozszerzającego ochronę ubezpieczeniową o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Poudarowego, ma zastosowanie Karenca liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za wymieniony Wariant ochrony. Okres Karence wynosi 3 miesiące. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie spełni Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku:
 - 1) nie zastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Konsultanta Medycznego;
 - 2) wykonania Usług medycznych nie zaleconych przez Konsultanta Medycznego w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczonego;
 - 3) wykonania Usług medycznych nie występujących w Katalogu Usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 8

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 7 listopada 2019 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 8 listopada 2019 roku.

Załącznik nr 1: Katalog Usług Medycznych

KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – PAKIET WSPARCIA POUJAROWEGO

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Opieka specjalistyczna			
Konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie	Kardiolog konsultacja lekarska		Limit 2 konsultacji
	Neurolog konsultacja lekarska		
	Logopeda - konsultacja		
	Dietetyk - konsultacja		
Konsultacje psychologa	Psycholog konsultacja		Limit 2 konsultacji
Badania laboratoryjne			
Badania biochemiczne	cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	Limit 2 pobrań
	cholesterol HDL	wyliczony	
	cholesterol LDL		
	triglicerydy (trójglicerydy)		
Badania czynnościowe			
Układ krążenia	EKG spoczynkowe z opisem		Limit 1 badanie
	24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		
	echokardiografia (ECHO)		
Rehabilitacja ambulatoryjna			
Elektroterapia	elektrostymulacja	mięśni kończyny dolnej	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		mięśni kończyny górnej	
		kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		reżka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
	stopa		
	udo		
	galwanizacja	kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		reżka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
staw kolanowy			
staw łokciowy			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
Elektroterapia c.d.	galwanizacja c.d.	staw skokowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
		stopa		
		udo		
		jonoforeza		kregoslup ledzwiowy
				kregoslup piersiowy
				kregoslup szyjny
				nadgarstek
				podudzie
				przedramię
				ramię
	ręka			
	staw barkowy			
	staw biodrowy			
	prądy Nemecca (interferencyjne)	staw kolanowy		
		staw łokciowy		
		staw skokowy		
		stopa		
		udo		
		kregoslup ledzwiowy		
		kregoslup piersiowy		
		kregoslup szyjny		
		nadgarstek		
		podudzie		
	prądy Tensa	przedramię		
		ramię		
		ręka		
		staw barkowy		
		staw biodrowy		
		staw kolanowy		
		staw łokciowy		
staw skokowy				
stopa				
udo				

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe				
Elektroterapia c.d.	prądy Traeberta	kregoslup ledzwiowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe				
		kregoslup piersiowy					
		kregoslup szyjny					
		nadgarstek					
		podudzie					
		przedramię					
		ramię					
		ręka					
		staw barkowy					
		staw biodrowy					
		staw kolanowy					
		staw łokciowy					
		staw skokowy					
		stopa					
		udo					
		Elektroterapia c.d.		terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)	kregoslup ledzwiowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
					kregoslup piersiowy		
					kregoslup szyjny		
					nadgarstek		
					podudzie		
przedramię							
ramię							
ręka							
staw barkowy							
staw biodrowy							
staw kolanowy							
staw łokciowy							
staw skokowy							
stopa							
udo							
Kinezyterapia	ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające				Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe		
							ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane
	ćwiczenia ind. instruktażowe						kregoslup ledzwiowy
							kregoslup piersiowy
							kregoslup szyjny
		nadgarstek					
		podudzie					
		przedramię					
		ramię					
		ręka					
		staw barkowy					
		staw biodrowy					
		staw kolanowy					
		staw łokciowy					
staw skokowy							
stopa							
udo							
ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach						
wyciąg trakcyjny	wyciąg trakcyjny						

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Krioterapia	krioterapia miejscowa	kregoslup ledzwiowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
udo			
Laseroterapia	laseroterapia punktowa	kregoslup ledzwiowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
udo			
Magnetoterapia	impulsy Magnetus	kregoslup ledzwiowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
udo			
Światłolecznictwo	promienie UV		Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	Sollux		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Terapia ultradźwiękami	ultraterapia miejscowa	kregoslup ledzwiowy	Limit 10 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw skokowy	
		stopa	
udo			

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczących Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus (kod warunków: UG_ONKP/01/11/19)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia; § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia; Załącznik nr 1 Katalog Usług Medycznych.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO DOTYCZĄCE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO – PAKIET WSPARCIA ONKOLOGICZNEGO PLUS

Kod warunków: UG_ONKP/01/11/19

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Infolinia medyczna** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 06, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Aktualne dane kontaktowe i godziny pracy Infolinii są dostępne na stronie internetowej www.tuzdrowie.pl;
- 2) **Katalog Usług Medycznych** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia;
- 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący proces diagnostyczny, wskazujący niezbędne Usługi medyczne w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczonego, który postawił rozpoznanie lub podejrzewa występowanie Nowotworu;
- 4) **Nowotwór** – niekontrolowany rozrost własnych, lecz zmienionych czynnościowo komórek z naciekaniem zdrowych tkanek, charakteryzujący się atypią, wysokim indeksem mitotycznym, naciekaniem tkanek otaczających, dawaniami wznów i zdolnością do tworzenia przerzutów;
- 5) **Placówka medyczna** – uprawniony zgodnie z prawem do oferowania usług medycznych podmiot działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Konsultanta Medycznego;
- 6) **Usługa medyczna** – udzielona porada lekarska, badanie diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa i inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące wykluczeniu lub zdiagnozowaniu Nowotworu, pozwalające na rozpoczęcie prawidłowego leczenia szpitalnego w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Usług me-

dycznych stanowiącym integralny załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest postawienie wstępnego rozpoznania lub podejrzenia wystąpienia Nowotworu przez lekarza leczącego Ubezpieczonego powodującego potrzebę skorzystania przez Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej z Usługi medycznej mającej na celu wykluczenie lub zdiagnozowanie Nowotworu.
3. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie ubezpieczeniowe w postaci organizacji i pokrycia kosztów wykonania określonej Usługi medycznej.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia rozpoczyna się zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia;
 - 2) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71. rok życia.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 5

1. Towarzystwo Ubezpieczeń realizuje Świadczenia ubezpieczeniowe na zasadach szczegółowo określonych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. W celu realizacji Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien złożyć następujące dokumenty:
 - 1) podpisany wniosek o realizację świadczenia, znajdujący się na stronie www.openlife.pl (formularz do pobrania po nazwę: „Wniosek o rozpoczęcie programu zdrowotnego dla klientów Open Life”;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;

- 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wstępne rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia Nowotworu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe jest realizowane zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności to Konsultant Medyczny skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu uzgodnienia organizacji Usługi medycznej mającej na celu postawienie ostatecznego rozpoznania i wdrożenia optymalnego leczenia. Organizacja Usług medycznych następuje w porozumieniu z lekarzem leczącym Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony po wykonaniu każdej zalecanej Usługi kontaktuje się z Konsultantem Medycznym w celu dalszej realizacji Usługi medycznej.
6. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności a Ubezpieczony umówi wykonanie Usług medycznych za pośrednictwem Infolinii medycznej i zrealizuje ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta Medycznego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie zrealizowane w formie bezgotówkowej, co oznacza, że Towarzystwo Ubezpieczeń pokryje w pełni koszty wykonania określonych Usług medycznych. Świadczenie ubezpieczeniowe w formie bezgotówkowej może zostać zrealizowane wyłącznie w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego.
7. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń uznało swoją odpowiedzialność a Konsultant Medyczny wskaże lekarza lub pracownię diagnostyczną nie realizującą bezgotówkowej formy Świadczenia ubezpieczeniowego, tj. umówienia Usług medycznej w sposób o której mowa w ust. 5 powyżej, i samodzielnie umówi wykonanie określonej Usługi medycznej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu pełny koszt jej wykonania.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. W zakresie ryzyka dotyczącego Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres karencji wynosi 3 miesiące.
2. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej

umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.

3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony, rozszerzającego ochronę ubezpieczeniową o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za wymieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie spełni Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku:
 - 1) nie zastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Konsultanta Medycznego;
 - 2) wykonania Usług medycznych nie zaleconych przez Konsultanta Medycznego w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczonego;
 - 3) wykonania Usług medycznych nie występujących w Katalogu Usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 8

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 7 listopada 2019 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 8 listopada 2019 roku.

Załącznik nr 1: Katalog Usług Medycznych

KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH

– PAKIET WSPARCIA ONKOLOGICZNEGO PLUS

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Opieka podstawowa		
Ambulatoryjna opieka pielęgniarstwa po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty badanie moczu metodą paskową	badanie moczu metodą paskową	
	dożylny wlew kroplowy	
	iniekcja domięśniowa	
	iniekcja dożylna	
	iniekcja podskórna	
	opatrzenie drobnych urazów (skręcenia zwichnięcia)	
	pobranie materiału do badania	
	pomiar ciśnienia tętniczego	
	pomiar wzrostu i wagi ciała	
	próba uczuleniowa na lek	
	założenie lub zmiana prostego opatrunku	
	zdejmowanie szwów	
	Opieka specjalistyczna	
Konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie	Alergolog konsultacja lekarska	
	Anestezjolog konsultacja lekarska	
	Angiolog konsultacja lekarska	
	Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska	
	Chirurg ogólny konsultacja lekarska	
	Chirurg onkolog konsultacja lekarska	
	Dermatolog konsultacja lekarska	
	Dermatolog - Wenerolog konsultacja lekarska	
	Diabetolog konsultacja lekarska	
	Endokrynolog konsultacja lekarska	
	Gastroenterolog konsultacja lekarska	
	Ginekolog konsultacja lekarska	
	Ginekolog - Endokrynolog konsultacja lekarska	
	Hematolog konsultacja lekarska	
	Hepatolog konsultacja lekarska	
	Hipertensjolog konsultacja lekarska	
	Immunolog konsultacja lekarska	
	Kardiolog konsultacja lekarska	
	Laryngolog konsultacja lekarska	
	Lekarz chorób zakaźnych konsultacja lekarska	
	Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska	
	Nefrolog konsultacja lekarska	
	Neurochirurg konsultacja lekarska	
	Neurolog konsultacja lekarska	
	Okulista konsultacja lekarska	
	Onkolog konsultacja lekarska	
	Ortopeda konsultacja lekarska	
	Ortopeda - Traumatolog konsultacja lekarska	
	Proktolog konsultacja lekarska	
	Pulmonolog konsultacja lekarska	
	Reumatolog konsultacja lekarska	
	Torako chirurg konsultacja lekarska	
	Urolog konsultacja lekarska	
	Urolog - Androlog konsultacja lekarska	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Konsultacje psychiatry i psychologa	Psychiatra konsultacja lekarska	Limit 2 konsultacji na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	Psycholog konsultacja	
Zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		
Alergologia		1 punkt
		10 punktów
	testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy	20 punktów
		3 punkty
		5 punktów
		1 punkt
		10 punktów
	testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny	20 punktów
		3 punkty
		5 punktów
	1 punkt	
	10 punktów	
	20 punktów	
	odczulanie (bez kosztu leku przepisane na receptę)	
Chirurgia	iniekcja dostawowa	
	leczenie owrzodzeń skórnych	
	leczenie zastrzału powierzchniowego	
	nacinanie i drenaż czyraka	
	nacinanie i drenaż ropnia, krwiaka	
	opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)	
	punkcja stawów	
	szycie rany	
	unieruchomienie kończyn i stawów	
	usunięcie ciał obcych z powłok skórnych	
	wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.	
	wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)	
	założenie sączka	
	założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego	
	założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego	
	zdejmowanie szwów	
	zmiana opatrunku	
	zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego	
	znieczulenie miejscowe z do zabiegu	
Dermatologia	dermatoskopia	
	kriochirurgia/ krioterapia	
	laseroterapia zmian skórnych	
Ginekologia	elektrokoagulacja szyjki macicy	
	krioterapia nadżerek	
	pobranie i wykonanie wymazu cytologicznego	
Laryngologia (Otolaryngologia)	koagulacja naczyń przegrody nosa	
	donosowe podanie leku obkurczającego	
	odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa	
	opatrunek uszny z lekiem	
	pędzlowanie gardła, jamy ustnej	
	plukanie uszu	
	postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa	
	przedmuchiwanie trąbki słuchowej	
	punkcja zatok	
	usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła	
założenie i usunięcie przedniej tamponady		
zdejmowanie szwów		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Okulistyka	adaptacja do ciemności	
	badanie dna oka	
	badanie lampą szczelinową	
	badanie ostrości widzenia	
	badanie pola widzenia (perymetria)	
	badanie widzenia przestrzennego	
	egzofthalmometria	
	gonioskopia	
	iniekcja podspojówkowa	
	komputerowe badanie wzroku	
	płukanie dróg łzowych	
	podanie leku do worka spojówkowego	
	pomiar ciśnienia śródgałkowego	
	skiaskopia	
	usunięcie ciała obcego z oka	
usuwanie gradówki		
Ortopedia	blokada dostawowa i okolostawowa (lek pacjenta)	
	iniekcja dostawowa (lek pacjenta)	
	punkcja (zmiany urazowe)	
	punkcja (zmiany zapalne)	
	unieruchomienie kończyn i stawów	
	unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym	
	założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna	
	założenie opaski elastycznej i tembla	
	założenie szyny Kramera	
	założenie szyny Zimmera	
	założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)	
zmiana opatrunku		
znieczulenie miejscowe z do zabiegu		
Patomorfologia	badanie i ocena histopatologiczna bioptatu/wycinka	w ramach zabiegu zgodnego z wariantem ochrony
Reumatologia	iniekcja dostawowa (lek pacjenta)	
Urologia	zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego	
	płukanie pęcherza moczowego	
Badania laboratoryjne		
Badania biochemiczne	albumina	
	alfa - 1 - antytrypsina	
	aminokwasy	
	aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)	
	aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)	
	amylaza	
	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)	
	apolipoproteina	apo A1 apo B
	białko C - reaktywne (CRP)	
	białko całkowite	
	białko całkowite - rozdział elektroforetyczny (proteinogram)	
	bilirubina bezpośrednia	
	bilirubina całkowita	
	bilirubina pośrednia	
	ceruloplazmina	
	chlorki	
	cholesterol	
	cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio
	cholesterol HDL	wyliczony
	cholesterol LDL	
	cholinesteraza	krwinkowa wątrobowa

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	
Badania biochemiczne c.d.	cyjanokobalamina (witamina B12)		
	cynk (Zn)		
	cystyna/homocystyna		
	czynn timerumatoidalny (RF)		
	dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		
	digoksynera		
	ferrytyna		
	fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		
	fosfor		
	fosforan nieorganiczny		
	fosfotaza alkaliczna (ALP)		
	fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		
	fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP)		
	GGTP - gamma glutamylotransferaza		
	glukoza		20 min. posiłku
			60 min. posiłku
			na czczo
	glukoza z obciążeniem		50 g glukozy po 1 godzinie
			50 g glukozy po 2 godzinach
			75 g glukozy po 4 godzinach
			75 g glukozy po 5 godzinach
			na czczo
	homocysteina		
	jonogram (Na, K)		
	kinaza fosfokreatynowa (CPK)		
	kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		
	klirens endogennej kreatyniny		
	kreatynina		
	kwas foliowy		
	kwas homowanilinowy (HVA)		
	kwas moczowy		
	kwas walproinowy		
	kwasy żółciowe		
	lipaza		
	lipidogram		
	magnez		
	methemoglobina		
	mioglobina		
	mocznik, azot mocznikowy(pozabiałkowy), BUN		
	odczyn Waaler-Rose'go		
	olów (Pb)		
	peptyd natriuretyczny (BNP)		
	peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		
	potas (K)		
	próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		
	seromukoid		
	sód (Na)		
	transferyna		
	triglicerydy (trójglicerydy)		
troponina ilościowo			
troponiny I/T			
tyreoglobulina			
tyrozyna			
USR (VDRL)			
wapń całkowity			
witamina D - metabolit 1,25(OH)			
witamina D - metabolit 25(OH)			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Badania biochemiczne c.d.	żelazo	
	żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	120 min po obciążeniu
		180 min po obciążeniu
	żelazo - krzywa wchłaniania	240 min po obciążeniu
		300 min po obciążeniu
		60 min po obciążeniu
Badania hematologiczne	antytrombina III (AT III)	
	bezpośredni odczyn Coombsa (POC)	
	pośredni test antyglobulinowy (BTA)	
	białko C	
	białko S wolne	
	czas kaolinowo - kefalinowy (APTT)	
	czas krwawienia	
	czas krzepnięcia	
	czas protrombinowy (PT) (INR)	
	czas trombinowy (TT)	
		II – protrombina,
		IX – czynnik antyhemofilowy B
		V – proakceleryna,
		VII – prokonwertyna,
	czynniki układu krzepnięcia	VIII – czynnik antyhemofilowy A,
		X – czynnik Stuarta – Prowera,
		XI – czynnik antyhemofilowy C
		XII – czynnik Hagemana,
		XIII – czynnik stabilizujący fibrynę
	D-dimery	
	eozynofilia bezwzględna	
	fibrynogen	
	haptoglobulina	
	hemoglobina wolna	
	hemolizyny	
	inhibitor składnika C1 dopełniacza	
	inhibitory krzepnięcia	
	komórki LE	
	leukocyty	
	morfologia krwi obwodowej bez rozmazu	
	morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)	
	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)	
	osmolarność krwi	
	oznaczenie grupy krwi układu AB0 i Rh	
plazminogen		
płytki krwi		
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)		
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)		
retikulocyty		
Badania moczu	17-hydroksykortykosteroidy (17 - OHCS) w moczu	
	albuminy w moczu	
	amylaza w moczu	
	badanie ogólne moczu	
	badanie ogólne moczu plus osad	
	białko Bence'a-Jonesa w moczu	
	bilirubina w moczu	
	chlorki w moczu	
	ciała ketonowe w moczu	
	dobowa zbiórka moczu (DZM)	
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - aldosteron	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	
Badania moczu c.d.	dobowa zbiórka moczu (DZM) - białko		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - chlorki		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - kortyzol		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - kwas hipurowy		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - magnez		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - sód i potas		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - szczawiany		
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - 17-hydroksykortykosteroidy (17 - OHCS)		
	fosforan nieorganiczny w moczu		
	glukoza/cukier w moczu		
	hemoglobina wolna w moczu		
	Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu		
	kadm w moczu		
	katecholaminy w moczu		
	klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)		
	koproporfiryny w moczu		
	kortyzol w moczu		
	kreatynina w moczu		
	kwas delta-aminolewulinowy w moczu		
	kwas moczowy w moczu		
	kwas wanilinomigdałowy w moczu		
	liczba Addisa w moczu		
	łańcuchy lekkie kappa w moczu		
	łańcuchy lekkie lambda w moczu		
	magnez w moczu		
	metoksykatecholaminy w moczu		
	miedź w moczu		
	mikroalbuminuria		
	mocznik w moczu		
	noradrenalina/adrenalina w moczu		
	ołów w dobowej zbiórce moczu		
	osmolarność moczu		
	potas w moczu		
	rtęć (Hg) w moczu		
	skład chemiczny kamienia nerkowego		
	sód w moczu		
	test ciążowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa - HCG)		
	wapń całkowity w moczu		
	Badania kału	badanie ogólne kału	
		badanie kału na obecność lamblii	
badanie kału w kierunku jaj pasożytów			
badanie kału w kierunku owsików			
badanie kału w kierunku rotawirus/adenowirusy			
badanie kału - antygen Helicobacter pylori			
badanie kału - resztki pokarmowe			
badanie kału w kierunku Shigella i Salmonella			
krew utajona w kale			
Badania hormonalne		17-hydroksykortykosteroidy (17 - OHCS)	
	adrenalina		
	aktywność reninowa osocza (ARO)		
	aldolaza		
	aldosteron		
	androstendion		
	androsteron		
białko transportujące insulinopodobne czynniki wzrostu (IGFBP-3)			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
	dezoksykortyzol	
	DHEA-S (dehydroepiandrosteronu siarczan)	
	erytropoetyna	
	esteraza acetylocholinowa	
	estradiol (E2)	
	estriol	
	estriol wolny	
	fenyloalanina (PKU)	
	glikolizowane białko	
	globulina wiążąca hormony płciowe (SHBG)	
	glutamylotransferaza	
	gonadotropina kosmówkowa (alfa - HCG)	
	gonadotropina kosmówkowa (beta - HCG)	
	hemoliza kwaśna	
	hormon adrenokortykotropowy (ACTH)	
	hormon anty-Mullerowski (AMH) - diagnostyka płodności	
	hormon folikulotropowy (FSH)	
	hormon luteinizujący (LH)	
	hormon tyreotropowy (TSH)	
	hormon wzrostu (GH)	
	Inhibina B	
	insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1)	
	kalcytonina	
Badania hormonalne c.d.	katecholaminy	
	kortyzol	pobranie po południu pobranie rano
	łańcuchy lekkie kappa i lambda	
	N-Acetyloglukozaminidaza	
	osteokalcyna	
	PAPP-A (badanie przesiewowe)	
	parathormon intact (iPTH)	
	progesteron	
	prolaktyna - test z metoklopramidem	120 min po obciążeniu 30 min po obciążeniu 60 min po obciążeniu przed obciążeniem
	prolaktyna (PRL)	
	receptory estrogenowe	
	receptory progesteronowe	
	renina	
	serotonina	
	testosteron całkowity	
	testosteron wolny	
	trijodotyronina całkowita (TT3)	
	trijodotyronina wolna (FT3)	
	tyroksyna całkowita (TT4)	
	tyroksyna wolna (FT4)	
Markery nowotworowe	alfa - fetoproteina (AFP)	
	antygen CA 125 (CA 125)	
	antygen CA 15-3 (CA15-3)	
	antygen CA 19-9 (CA 19-9)	
	antygen karcynoembrionalny (CEA)	
	antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity)	
	antygen swoisty dla stercza (PSA wolny)	
	badanie typu immunoassay w kierunku antygenu guza	
	beta-2-mikroglobulina (b2-M)	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	
Badania mikrobiologiczne	antybiogram	kał	
		krew	
		materiał z cewki moczowej	
		materiał z gardła	
		materiał z jamy ustnej	
		materiał z nosa	
	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram	materiał z nosogardła	
		materiał z odbytu	
		materiał z oskrzeli	
		materiał z paznokci nogi	
		materiał z paznokci ręki	
		materiał z rany	
		materiał z szyjki macicy	
		materiał z ucha	
		materiał z worka spojówkowego	
		materiał ze skóry	
		materiał ze sromu	
	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram c.d.	mocz	
		nasienie	
		plwocina	
		ropa	
		włosy	
		worek spojówkowy	
		cytologia złuszczeniowa z nosa	
		posiew kału	
		posiew kału w kierunku pasożytów	
		posiew kału w kierunku Salmonella - Shigella	
		posiew krwi	posiew tlenowy
		posiew moczu	
		posiew nasienia	
		posiew plwociny	posiew beztlenowy
			posiew tlenowy
		posiew ropy	posiew beztlenowy
			posiew tlenowy
		posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy
		posiew z pochwy	posiew beztlenowy
			posiew tlenowy
		wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy
			posiew tlenowy
		wymaz z gardła	posiew beztlenowy
			posiew tlenowy
		wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy
		posiew tlenowy	
	wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	wymaz z migdałka	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	wymaz z nosa	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	wymaz z oka		
	wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy	
		posiew beztlenowy	
	wymaz z rany	posiew tlenowy	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Badania mikrobiologiczne c.d.	wymaz z ucha	posiew beztlenowy
		posiew tlenowy
	wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy
		posiew tlenowy
Badania serologiczne	aglutynacja cząstek	
	antygen Hbe	
	antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs - HBsAg)	
	antykoagulant toczniowy (LA)	
	badanie w kierunku rotawirusów	
	przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)	
	przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA	
	przeciwciała p. transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA	
	przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF	
	przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty - LC - 1) met. Immunobloting	
	przeciwciała p. bakteryjne	
	przeciwciała p. beta - 2 - glikoproteinie - 1 IgG	
	przeciwciała p. beta - 2 - glikoproteinie - 1 IgM	
	przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb.nerkowych (anty - GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF	
	przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG	
	przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM	
	przeciwciała p. Borrelia IgG	oznaczane met. Western Blot
		oznaczanie met. ELISA
	przeciwciała p. Borrelia IgM	oznaczane met. Western Blot
		oznaczanie met. ELISA
	przeciwciała p. Brucella IgG	
	przeciwciała p. Brucella IgM	
	przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA	
	przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG	
	przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM	
	przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG	
	przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM	
	przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF	
	przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG	
	przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM	
	przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)	
	przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF	
	przeciwciała p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)	
	przeciwciała p. DNA dwuniciowemu / natywnemu - dsDNA (nDNA)	
	przeciwciała p. dsDNA met. IIF	
	przeciwciała p. endomysium - IgA - EmA IgA	
	przeciwciała p. endomysium - IgG - EmA IgG	
	przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF	
	przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF	
	przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF	
	przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA	
	przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG	
	przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA	
	przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG	
	przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgG	
	przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgM	
	przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)	
przeciwciała p. fosfatydyloinozitolowi IgG		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Badania serologiczne c.d.	przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgM	
	przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF	
	przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA	
	przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA	
	przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG	
	przeciwciała p. HAV	frakcja IgM poziom całkowity
	przeciwciała p. HBc (całkowite)	
	przeciwciała p. Hbe (anty - Hbe)	
	przeciwciała p. HBs (anty-HBs)	
	przeciwciała p. HCV (anty-HCV)	
	przeciwciała p. Helicobacter pylori	
	przeciwciała p. heterofilne	
	przeciwciała p. HIV1/HIV2	
	przeciwciała p. jądrowe (ANA1)	
	przeciwciała p. jądrowe (ANA2)	
	przeciwciała p. jądrowe (ANA3)	
	przeciwciała p. jądrowe i p.cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF	
	przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF	
	przeciwciała p. kardiolipinie w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA	
	przeciwciała p. komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met. IIF	
	przeciwciała p. korze nadnerczy	
	przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo	
	przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA	
	przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF	
	przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF	
	przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF	
	przeciwciała p. mitochondrialne AMA	
	przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2	
	przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG	
	przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM	
	przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG	
	przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM	
	przeciwciała p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)	
	przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF	
	przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej (aTPO, anty TPO)	
	przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG	
	przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM	
	przeciwciała p. receptorem acetylocholin (AChR – Ab)	
	przeciwciała p. receptorem TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)	
	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF	
	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF	
	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF	
	przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG	
	przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM	
	przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) IgG met. IIF	
	przeciwciała p. Shigella	
	przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM	
przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		
przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		
przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		
przeciwciała p. Treponema pallidum (kiła – testy potwierdzenia FTA, ABS)		
przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Badania serologiczne c.d.	przeciwciała p. tyreoglobulinie	
	przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG	
	przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM	
	przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnątrzwydzielniczym trzust. I kom. Kubkowatym jelit met. IIF	
	przeciwciała p. Yersinia	
	przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF	
	przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID	
	SLE – półilościowo	
Diagnostyka cukrzycy	hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB))	
	insulina	
		na czczo
		po 120 min
		po 60 min.
		po podaniu 50 g glukozy po 120 min.
		po podaniu 50 g glukozy po 60 min.
		po podaniu 75 g glukozy po 120 min.
		po podaniu 75 g glukozy po 180 min.
		po podaniu 75 g glukozy po 240 min.
	po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.	
	insulina po obciążeniu	
	peptyd C	
Badania immunologiczne	Immunoglobuliny (IgA)	
	Immunoglobuliny (IgG)	
	Immunoglobuliny (IgM)	
	Immunoglobuliny (IgE)	E całkowite
		IgE sp. Acarus Siro D70 (w kurzu)
		IgE sp. Alternaria Tenuis M6
		IgE sp. Amoksycyklina C204
		IgE sp. Aspergillus Fumigatus M3
		IgE sp. Babka lancetowata W9
		IgE sp. Banan F92
		IgE sp. Białko jaja F1
		IgE sp. Brzoza Brodawkowata T3
		IgE sp. Bylica Pospolita W6
		IgE sp. Candida Albicans M5
		IgE sp. Cebula F48
		IgE sp. Chironimus Plumosus 173
		IgE sp. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłoc pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)
		IgE sp. Cladosporium Herbarum M2
		IgE sp. Czekolada F105
		IgE sp. Dorsz F3
		IgE sp. Drożdże browarnicze F403
		IgE sp. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12)
		IgE sp. Fasola F15
		IgE sp. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)
		IgE sp. Glista ludzka P1
		IgE sp. Gluten (Gliadyna) F79
		IgE sp. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka welnista (G13)
		IgE sp. Groch F12
		IgE sp. Gruszka F94
		IgE sp. Gryka F11

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Badania immunologiczne c.d.	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen) c.d.	IgE sp. Indyk F284
		IgE sp. Jabłko F49
		IgE sp. Jad Osy Vespula sp.I3
		IgE sp. Jad Pszczoły I1
		IgE sp. Jad Szerszenia Europejskiego I5
		IgE sp. Jagnię (baranina) F88
		IgE sp. Jajko całe F245
		IgE sp. Jęczmień F6
		IgE sp. Kakao F93
		IgE sp. Karaluch – Prusak I6
		IgE sp. Kawa F221
		IgE sp. Kazeina F78
		IgE sp. Kiwi F84
		IgE sp. Komar I71
		IgE sp. Komosa Biała W10
		IgE sp. Koperek 277
		IgE sp. Kostrzewa Łąkowa G4
		IgE sp. Krupówka Pospolita G3
		IgE sp. Kukurydza F8
		IgE sp. Kurczak F83
		IgE sp. Kurz – mieszanka (Bencard)
		IgE sp. Lateks K82
		IgE sp. Lepidoglyphus Destructor D71
		IgE sp. Leszczyna Pospolita T4
		IgE sp. Marchew F31
		IgE sp. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), maślak jadalny (F37), tuńczyk (F40)
		IgE sp. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)
		IgE sp. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1), Cladosporium herbarum (M2), Aspergillus fumigatus (M3), Candida albicans (M5)
		IgE sp. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76
		IgE sp. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77
		IgE sp. Mleko Krowie F2
		IgE sp. Mucor Racemosus M4
		IgE sp. Musztarda F89
		IgE sp. Naskórek chomika E84
		IgE sp. Naskórek królika E82
		IgE sp. Naskórek owcy E81
		IgE sp. Naskórek świnki morskiej E6
		IgE sp. Odchody gołębia E7
		IgE sp. Ogórek F244
		IgE sp. Olcha T2
		IgE sp. Orzech laskowy F17
		IgE sp. Orzech włoski F256
		IgE sp. Orzech ziemny F13
		IgE sp. Owies F7
		IgE sp. Panel alergenów oddechowych
		IgE sp. Panel mieszany
		IgE sp. Panel pokarmowy
IgE sp. Penicilium Notatum M1		
IgE sp. Pieprz czarny F280		
IgE sp. Pierze (pióra gęsi) E70		
IgE sp. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurcze pióra, pierze indyka		
IgE sp. Pietruszka F86		
IgE sp. Pióra kaczki E86		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
Badania immunologiczne c.d.	testy uczuleniowe z krwi (1 alergen) c.d.	IgE sp. Pióra kanarka E201
		IgE sp. Pióra papużki falistej E78
		IgE sp. Pomarańcza F33
		IgE sp. Pomidor F25
		IgE sp. Pszenica F4
		IgE sp. Pyłki żyta G12
		IgE sp. Roztocze Dermathopag Pteronys. D1
		IgE sp. Roztocze Dermathopag Farinae D2
		IgE sp. Ryż F9
		IgE sp. Seler F85
		IgE sp. Ser cheddar F81
		IgE sp. Sierść konia E3
		IgE sp. Sierść kota E1
		IgE sp. Sierść psa E2
		IgE sp. Soja F14
		IgE sp. Topola T14
		IgE sp. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 zycica, G6 tymotka, G8 wiechlina)
		IgE sp. Truskawka F44
		IgE sp. Tuńczyk F40
		IgE sp. Tymotka Łąkowa G6
		IgE sp. Tyrophagus Putrescentiae
		IgE sp. Wieprzowina F26
		IgE sp. Wierzba T12
IgE sp. Wołowina F27		
IgE sp. ziemniak F35		
IgE sp. Żółtko jaja F75		
IgE sp. Żyto F5		
	testy uczuleniowe z krwi (panel)	inne
Inne badania	gazometria podstawowa (pH, pCO2, pO2)	
Badania radiologiczne (RTG)		
	densytometria	kości udowej kręgosłup lędźwiowy kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej
	mammografia	celowane ogólne
	RTG celowane siodelka tureckiego	
	RTG czaszki	celowane na kanały nerwów wzrokowych celowane na kości skroniowej celowane wg. Rheseego celowane wg. Schullera (uszu) celowane wg. Stenversa (uszu) w dwóch projekcjach w jednej projekcji w trzech projekcjach
	RTG dłoni (ręki)	porównawcze obu rąk projekcja AP projekcja AP + bok projekcja AP + bok + skos projekcja bok
	RTG klatki piersiowej	projekcja AP projekcja AP + bok projekcja bok
	RTG klatki piersiowej z barytem	RTG tomogram projekcja AP projekcja AP + bok projekcja bok

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
		celowane na rzepkę osiowe
		celowane na rzepkę styczne
		celowane na rzepkę w 3 ustawieniach
	RTG kolan	porównawcze obu stawów
		projekcja AP
		projekcja AP + bok
		projekcja bok
	RTG kończyny dolnej	
	RTG kończyny górnej	
	RTG kości krzyżowej	
	RTG kości nosowej	
		AP + bok
	RTG kości ogonowej	bok wraz z kością guziczną
		bok/AP - jedna projekcja
	RTG kości piętowej	(puste)
		porównawcze obu kończyn
		ze stawem kolanowym projekcja AP
	RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja bok
		ze stawem skokowym projekcja AP
		ze stawem skokowym projekcja bok
		porównawcze projekcja AP obu kości
		porównawcze projekcja osiowa obu kości
	RTG kości ramieniowej	projekcja AP
		projekcja AP + bok
		ze stawem barkowym osiowe
		ze stawem biodrowym projekcja AP
	RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja bok
		ze stawem kolanowym projekcja AP
		ze stawem kolanowym projekcja bok
		celowane na stawy krzyżowe projekcja AP
	RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja AP + bok
		celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna
		czynnościowe
		projekcja AP
		projekcja AP + bok
	RTG kręgosłupa lędźwiowego c.d.	projekcja AP + bok + skośna
		projekcja bok
		projekcja skośna
		projekcja AP
		projekcja AP + bok
	RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP + bok + skośna
		projekcja bok
		projekcja skośna
		czynnościowe
		projekcja AP
	RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok
		projekcja AP + bok + skośna
		projekcja bok
		projekcja skośna
		czynnościowe
		na stojąco projekcja AP (skolioza)
		na stojąco projekcja AP + bok (skolioza)
	RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok + skośna (skolioza)
		projekcja AP
		projekcja AP + bok
		projekcja skośna
	RTG kręgu szczytowego i obrotowego	(puste)

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
	RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe
	RTG łopatk	projekcja AP projekcja AP + bok
	RTG łuków jarzmowych	
	RTG miednicy	
	RTG miednicy małej	
	RTG mostka	projekcja AP projekcja bok celowane na kość łódeczkowatą porównawcze obu rąk
	RTG nadgarstka	projekcja AP projekcja AP + bok projekcja AP + bok + skos projekcja bok
	RTG nosa	
	RTG nosogardła (trzeci migdał)	
	RTG obojczyka	
	RTG oczodołów	projekcja AP projekcja AP + bok porównawcze obu rąk
	RTG palca	projekcja AP projekcja AP + bok
	RTG palca c.d.	projekcja AP + bok + skos projekcja bok
	RTG podstawy czaszki	
	RTG podżebrza	
	RTG potylicy	
	RTG przedramienia	porównawcze projekcja AP + bok obu kości projekcja AP projekcja AP + bok
	RTG przeglądowe jamy brzusznej	inne na leżąco na stojąco
	RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy) pasaż przełyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy) wlew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)
	RTG skrzydełkowe zęba	
	RTG stawów biodrowych	dzieci porównawcze obu stawów - dorośli projekcja AP - dorośli projekcja osiowa - dorośli
	RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP projekcja AP + skośna projekcja skośna
	RTG stawów skokowych	porównawcze obu stawów projekcja AP projekcja AP + bok projekcja bok
	RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów projekcja AP projekcja osiowa porównawcze obu stawów projekcja AP projekcja AP + bok projekcja osiowa
	RTG stawu mostkowo-obojczykowego	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
		celowane na kości śródstopia
		celowane na palce
		celowane na piętę boczne
		celowane na piętę osiowe
	RTG stóp	porównawcze obu stóp
		projekcja AP
		projekcja AP + bok
		projekcja AP + bok + skos
		projekcja bok
	RTG ścięgna Achillesa	
	RTG ślinianki	
	RTG śródpiersia	
	RTG twarzoczaszki	
	RTG uszu	
	RTG zatok	
	RTG zgryzowe	
		projekcja AP
	RTG żeber	projekcja bok
		projekcja skośna
		projekcja AP
	RTG żuchwy	projekcja skośna
	urografia	

Badania czynnościowe

narząd słuchu	audiometria impedancyjna	
	audiometria tonalna	
układ krążenia	EKG spoczynkowe bez opisu	
	EKG spoczynkowe z opisem	
	24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)	
	24h rejestracja EKG (Holter)	
	echokardiografia (ECHO)	
	EKG wysiłkowe	
	Holter EKG "event"	
układ oddechowy	spirometria	standardowa bez leku
		z podaniem leku rozkurczowego
narząd wzroku	badanie GDx	
układ moczowy	uroflowmetria	
	EEG - elektroencefalografia	w czuwaniu
układ nerwowy	EMG - elektromiografia	zespół cieśni nadgarstka
		badanie ilościowe mięśnia
		choroba neuronu ruchowego
		nerw twarzowy
		nieurazowe uszkodzenie nerwu
		ocena czynności spoczynkowej mięśnia
		polineuropatia / miopatia
		pourazowe uszkodzenie nerwu
		próba ischemiczna
		próba miasteniczna
	uszkodzenie splotu	
	nerw czuciowy	
	ENG - elektroneurografia	nerw ruchowy (długi)
		nerw ruchowy (krótkie odcinki)
	ENG - elektronystagmografia	

Badania ultrasonograficzne (USG)

USG	USG dołów podkolanowych	
	USG gałek ocznych i oczodołów	
	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej	
	USG jądra i najądrza	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
USG c.d.	USG krtani	
	USG mięśni	
	USG nadgarstka	
	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	
	USG oka	
	USG palca	
	USG pęcherz moczowy	
	USG piersi	
	USG prostaty (transrektalne)	
	USG prostaty przez powłoki brzuszne	
	USG ręki	
	USG staw barkowy	
	USG staw biodrowy	
	USG staw kolanowy	
	USG stawu łokciowego	
	USG stawu skokowego	
	USG stopy	
	USG ścięgna Achillesa	
	USG ślinianek	
	USG tarczycy	
	USG tętnic wewnętrznych	
	USG tkanek miękkich	
	USG tkanki podskórnej	
	USG transwaginalne (USG TV)	
	USG węzłów chłonnych	
USG więzadeł		
USG Dopplerowskie	USG - Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. dolnych	naczynia tętnicze naczynia żyłne
	USG - Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. górnych	naczynia tętnicze naczynia żyłne
	USG - Doppler naczyń szyi	
	USG - Doppler naczyń układu wrotnego	
	USG - Doppler pnia trzewnego	
	USG - Doppler tętnice nerkowe	
	USG - Doppler żyły głównej dolnej i biodrowych	
Biopsje cienkoigłowe pod kontrolą USG	prostaty z badaniem hist - pat	
	węzłów chłonnych z badaniem hist - pat	
	zmiany chorobowej z badaniem hist - pat	
	piersi zbadaniem hist - pat	
	tarczycy z badaniem hist-pat	
Badania endoskopowe		
	anoskopia	
	anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	
	bronchoskopia	
	bronchoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	
	bronchoskopia z udrażnianiem światła oskrzeli (usunięcie cała obcego)	
	gastroskopia	
	gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat i testem H.pylori	
	gastroskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat.	
	gastroskopia z testem H.pylori	
	kolonoskopia bez znieczulenia	
	kolonoskopia bez znieczulenia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów
	kolonoskopia ze znieczuleniem	
	kolonoskopia ze znieczuleniem z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów
	kolposkopia	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
	kolposkopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	
	rektoskopia	
	rektoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	
	sigmoidoskopia	
	sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem hist-pat	bez polipektomii, bez usuwania polipów
	znieczulenie ogólne do badania endoskopowego	
Badania tomografii komputerowej (CT, TK)		
	OCT oczu	
	OCT oka	
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu naczynia tętnicze
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu	
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem	
	TK jama brzuszna bez kontrastu	
	TK jama brzuszna z kontrastem	
	TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)	
	TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)	
	TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)	
	TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu	
	TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem	
	TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)	
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu	
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem	
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu	
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem	
	TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia uda
	TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia uda

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
		nadgarstka
	TK kończyny górne bez kontrastu	przedramienia
		ramienia
		ręki
	TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka
		przedramienia
		ramienia
		ręki
	TK krtani bez kontrastu	
	TK krtani z kontrastem	
	TK miednicy mniejszej bez kontrastu	
	TK miednicy mniejszej z kontrastem	
	TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu	
	TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem	
	TK nerek i nadnerczy bez kontrastu	
	TK nerek i nadnerczy z kontrastem	
	TK oczodołów bez kontrastu	
	TK oczodołów z kontrastem	
	TK piramid kości skroniowych bez kontrastu	
	TK piramid kości skroniowych z kontrastem	
	TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)	
	TK przysadki mózgowej bez kontrastu	
	TK przysadki mózgowej z kontrastem	
	TK stawów biodrowych bez kontrastu	
	TK stawów biodrowych z kontrastem	
	TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu	
	TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem	
	TK stawów skokowych bez kontrastu	
	TK stawów skokowych z kontrastem	
	TK stawu barkowego bez kontrastu	
	TK stawu barkowego z kontrastem	
	TK stawu kolanowego bez kontrastu	
	TK stawu kolanowego z kontrastem	
	TK stawu łokciowego bez kontrastu	
	TK stawu łokciowego z kontrastem	
	TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu	
	TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem	
	TK stopy bez kontrastu	
	TK stopy z kontrastem	
	TK szyi bez kontrastu	
	TK szyi z kontrastem	
	TK zatoki bez kontrastu	
	TK zatoki z kontrastem	
	OCT oczu	
	OCT oka	
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu
		naczynia tętnicze
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu	
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem	
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem	
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)		
	RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu	
	RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem	
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu	
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem	
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu	
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem	
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu	
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem	
	RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)	
	RM angiografia tętnic nerkowych	
	RM artrografia nadgarstka	
	RM artrografia stawu barkowego	
	RM artrografia stawu kolanowego	
	RM artrografia stawu łokciowego	
	RM artrografia stawu skokowego	
	RM cholangiografia	
	RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)	
	RM jama brzuszna z cholangiografią	
	RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)	
	RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu	
	RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem	
	RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)	
		angiografia naczyń klatki piersiowej
		badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej
	RM klatki piersiowej i mięśnia sercowego z kontrastem	badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i żywotności
		badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności
		badanie serca z ilościową oceną przepływu krwi
	RM klatki piersiowej z kontrastem (bez RM Angio i badania serca)	
		cała kończyna
	RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie
		celowane stopa
		celowane udo
		cała kończyna
	RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie
		celowane stopa
		celowane udo
		cała kończyna
	RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię
		celowane ramię
		celowane ręką

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy
		cała kończyna
	RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię
		celowane ramię
		celowane ręka
	RM mammografia	
	RM miednicy mniejszej bez kontrastu	
	RM miednicy mniejszej z kontrastem	
	RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu	
	RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem	
	RM oczodołów bez kontrastu	
	RM oczodołów z kontrastem	
	RM przysadki mózgowej z kontrastem	
	RM stawów biodrowych bez kontrastu	
	RM stawów biodrowych z kontrastem	
	RM stawów kolanowych bez kontrastu	
	RM stawów kolanowych z kontrastem	
	RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu	
	RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem	
	RM stawów skokowych bez kontrastu	
	RM stawów skokowych z kontrastem	
	RM stawu barkowego bez kontrastu	
	RM stawu barkowego z kontrastem	
	RM stawu łokciowego bez kontrastu	
	RM stawu łokciowego z kontrastem	
	RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu	
	RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem	
	RM struktur mózgowia + angiografia	
	RM szyi bez kontrastu	
	RM szyi z kontrastem	
	RM śródpiersia bez kontrastu	
	RM śródpiersia z kontrastem	
	RM twarzoczaszka bez kontrastu	
	RM twarzoczaszka z kontrastem	
	RM urografia	
	RM zatok bez kontrastu	
	RM zatok z kontrastem	
Wizyty domowe		
24 h lekarskie wizyty wyjazdowe	lekarska wizyta domowa	dzień powszedni od 8.00 do 20.00
		dzień powszedni od 20.00 do 8.00
		sobota, niedziele, święta od 8.00 do 20.00
		sobota, niedziele, święta od 20.00 do 8.00
24 h wyjazdowa opieka pielęgniarska	pielęgniarska wizyta domowa	badanie moczu metodą paskową
		dożylny wlew kroplowy
		iniekcja domięśniowa
		iniekcja dożylna
		iniekcja podskórna
		pomiar ciśnienia tętniczego
		założenie lub zmiana prostego opatrunku
zdejmowanie szwów		
Szczepienia ochronne		
	Konsultacja kwalifikacyjna przed szczepieniem	
	szczepienie przeciwko WZW typu B	

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego dotyczących Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pourazowego (kod warunków: UG_ORT/01/11/19)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia; § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia; Załącznik nr 1 Katalog Usług Medycznych.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO DOTYCZĄCE ZDROWIA UBEZPIECZONEGO – PAKIET WSPARCIA POURAZOWEGO

Kod warunków: UG_ORT/01/11/19

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pourazowego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko dotyczące Zdrowia Ubezpieczonego – Pakiet Wsparcia Pourazowego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Infolinia medyczna** – ogólnopolska infolinia telefoniczna działająca pod numerem telefonu: (58) 500 55 06, dzięki której Ubezpieczony może umówić lub potwierdzić termin realizacji Usług medycznych. Aktualne dane kontaktowe i godziny pracy Infolinii są dostępne na stronie internetowej www.tuzdrowie.pl;
 - 2) **Katalog Usług Medycznych** – lista Usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia;
 - 3) **Konsultant Medyczny** – profesjonalista w dziedzinie medycyny organizujący niezbędne Usługi medyczne na rzecz Ubezpieczonego samodzielnie lub w porozumieniu z Lekarzem leczącym / prowadzącym Ubezpieczonego;
 - 4) **Złamanie kości lub zwichnięcie stawu** – całkowite przerwanie ciągłości kości albo uszkodzenie, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (wiązadeł, chrząstki, łatek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym;
 - 5) **Placówka medyczna** – uprawniony zgodnie z prawem do oferowania Usług medycznych podmiot działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazana przez Konsultanta Medycznego;
 - 6) **Usługa medyczna** – udzielona porada lekarska, badanie diagnostyczne, zabiegi pielęgniarstwa, zabiegi ambulatoryjne, w tym rehabilitacyjne oraz inne działania koordynowane w całości przez Konsultanta Medycznego, służące przywróceniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia w jak najkrótszym czasie. Gwarantowane przez niniejsze

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Usługi medyczne zostały opisane w Katalogu Usług medycznych stanowiącym integralny załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest następujące w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Złamanie kości lub zwichnięcie stawu, powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rozpoznane przez lekarza leczącego, udzielającego pierwszej pomocy, wymagające wykonania przez placówkę medyczną, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Usługi medycznej, służącej przywróceniu, zachowaniu, poprawie zdrowia lub zapobieżeniu pogorszeniu stanu zdrowia.
3. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie ubezpieczeniowe w postaci organizacji i pokrycia kosztów wykonania określonej Usługi medycznej.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia rozpoczyna się zgodnie z postanowieniami Warunków Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia;
 - 2) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 71. rok życia.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 5

1. Towarzystwo Ubezpieczeń realizuje Świadczenia ubezpieczeniowe na zasadach szczegółowo określonych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. W celu realizacji Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien złożyć następujące dokumenty:

- 1) podpisany wniosek o realizację świadczenia, znajdujący się na stronie www.openlife.pl (formularz do pobrania po nazwę: „Wniosek o rozpoczęcie programu zdrowotnego dla klientów Open Life”);
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej następujące w okresie ubezpieczenia złamanie kości lub zwichnięcie stawu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe jest realizowane zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.
 4. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności to Konsultant Medyczny skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu uzgodnienia organizacji Usługi medycznej mającej na celu wdrożenia optymalnego procesu dalszego leczenia.
 5. Ubezpieczony po wykonaniu każdej zaleconej Usługi kontaktuje się z Konsultantem w celu dalszej realizacji Usługi medycznej.
 6. Jeżeli zachodzą przesłanki uznania przez Towarzystwo Ubezpieczeń swojej odpowiedzialności a Ubezpieczony umówi wykonanie Usług medycznych za pośrednictwem Infolinii medycznej i zrealizuje ją w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta Medycznego, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie zrealizowane w formie bezgotówkowej, co oznacza, że Towarzystwo Ubezpieczeń pokryje w pełni koszty wykonania określonych Usług medycznych. Świadczenie ubezpieczeniowe w formie bezgotówkowej może zostać zrealizowane wyłącznie w Placówce medycznej wskazanej przez Konsultanta medycznego.
 7. Jeżeli Towarzystwo Ubezpieczeń uznało swoją odpowiedzialność a Konsultant Medyczny wskaże lekarza lub pracownię diagnostyczną nie realizującą bezgotówkowej formy Świadczenia ubezpieczeniowego, tj. umówienia Usług medycznych w sposób o której mowa w ust. 5 powyżej, i samodzielnie umówi wykonanie określonej Usługi medycznej Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu pełny koszt jej wykonania.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie spełni Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku:
 - 1) nie zastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Konsultanta Medycznego;
 - 2) wykonania Usług medycznych nie zaleconych przez Konsultanta Medycznego w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczonego;
 - 3) wykonania Usług medycznych nie występujących w Katalogu Usług medycznych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 8

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 7 listopada 2019 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 8 listopada 2019 roku.

Załącznik nr 1: Katalog Usług Medycznych

KATALOG USŁUG MEDYCZNYCH – PAKIET WSPARCIA POURAZOWEGO

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Opieka podstawowa			
Ambulatoryjna opieka pielęgniarska po uzyskaniu skierowania od lekarza specjalisty	badanie moczu metodą paskową		
	dożylny wlew kroplowy		
	iniekcja domięśniowa		
	iniekcja dożylna		
	iniekcja podskórna		
	opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		
	pobranie materiału do badania		
	pomiar ciśnienia tętniczego		
	pomiar wzrostu i wagi ciała		
	próba uczuleniowa na lek		
	założenie lub zmiana prostego opatrunku		
zdejmowanie szwów			
Opieka specjalistyczna			
Konsultacje lekarskie, w tym konsultacje profesorskie	Anestezjolog konsultacja lekarska		
	Chirurg naczyniowy konsultacja lekarska		
	Chirurg ogólny konsultacja lekarska		
	Dermatolog konsultacja lekarska		
	Kardiolog konsultacja lekarska		
	Laryngolog konsultacja lekarska		
	Lekarz rehabilitacji medycznej konsultacja lekarska		
	Neurochirurg konsultacja lekarska		
	Neurolog konsultacja lekarska		
	Okulista konsultacja lekarska		
	Ortopeda konsultacja lekarska		
	Ortopeda - Traumatolog konsultacja lekarska		
	Pulmonolog konsultacja lekarska		
	Reumatolog konsultacja lekarska		
	Torakochirurg konsultacja lekarska		
	Urolog konsultacja lekarska		
	Zabiegi lekarskie i inne usługi wykonywane przez lekarzy specjalistów		
Chirurgia	iniekcja dostawowa		
	leczenie owrzodzeń skórnych		
	leczenie zastrzału powierzchniowego		
	nacinanie i drenaż czyraka		
	nacinanie i drenaż ropnia, krwika		
	opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia)		
	punkcja stawów		
	szycie rany		
	unieruchomienie kończyn i stawów		
	usunięcie ciał obcych z powłok skórnych		
	wycięcie zmiany skórnej do 5 mm.		
	wycięcie zmiany skórnej powyżej 5 mm. (bez tłuszczaków)		
	założenie sączka		
	założenie/zdjęcie opatrunku gipsowego		
	założenie/zdjęcie opatrunku syntetycznego		
	zdejmowanie szwów		
	zmiana opatrunku		
	zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		
	znieczulenie miejscowe z do zabiegu		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Laryngologia (Otolaryngologia)	koagulacja naczyń przegrody nosa		
	donosowe podanie leku obkurczającego		
	odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa		
	opatrunek uszny z lekiem		
	pędzlowanie gardła, jamy ustnej		
	ptukanie uszu		
	postępowanie zachowawcze przy krwawieniu z nosa		
	przedmuchiwanie trąbki słuchowej		
	punkcja zatok		
	usuwanie ciała obcego z ucha, nosa, gardła		
	założenie i usunięcie przedniej tamponady		
	zdejmwowanie szwów		
	Okulistyka	adaptacja do ciemności	
badanie dna oka			
badanie lampą szczelinową			
badanie ostrości widzenia			
badanie pola widzenia (perymetria)			
badanie widzenia przestrzennego			
egzoftalmometria			
gonioskopia			
iniekcja podspojówkowa			
komputerowe badanie wzroku			
ptukanie dróg łzowych			
podanie leku do worka spojówkowego			
pomiar ciśnienia śródgąłkowego			
skiaskopia			
Ortopedia	usunięcie ciała obcego z oka		
	blokada dostawowa i okołostawowa (lek pacjenta)		
	iniekcja dostawowa (lek pacjenta)		
	punkcja (zmiany urazowe)		
	punkcja (zmiany zapalne)		
	unieruchomienie kończyn i stawów		
	unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym		
	założenie i usunięcie opatrunku gipsowego kończyna górna i dolna		
	założenie opaski elastycznej i temblaka		
	założenie szyny Kramera		
	założenie szyny Zimmera		
	założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy)		
	zmiana opatrunku		
znieczulenie miejscowe z do zabiegu			
Urologia	zmiana/zakładanie cewników do pęcherza moczowego		
	ptukanie pęcherza moczowego		
Badania laboratoryjne			
Badania biochemiczne	albumina		
	alfa - 1 - antytrypsina		
	aminokwasy		
	aminotransferaza alaninowa (ALT,ALAT,GPT)		
	aminotransferaza asparaginianowa (AspAT, AST, GOT)		
	amylaza		
	antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex)		
	apolipoproteina	apo A1	
		apo B	
	białko C - reaktywne (CRP)		
	białko całkowite		
	białko całkowite - rozdział elektroforetyczny (proteinogram)		
	bilirubina bezpośrednia		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	bilirubina całkowita		
	bilirubina pośrednia		
	ceruloplazmina		
	chlorki		
	cholesterol		
	cholesterol HDL	oznaczany bezpośrednio	
	cholesterol LDL	wyliczony	
	cholinesteraza	krwinkowa	
		wątrobowa	
	cyjanokobalamina (witamina B12)		
	cynk (Zn)		
	cystyna/homocystyna		
	czynnik reumatoidalny (RF)		
	dehydrogenaza mleczanowa (LDH)		
	digoksyna		
	ferrytyna		
	fosfataza zasadowa leukocytów (LAP)		
	fosfor		
	fosforan nieorganiczny		
	fosfotaza alkaliczna (ALP)		
	fosfotaza kwaśna całkowita (ACP)		
	fosfotaza kwaśna sterczowa (PAP)		
	GGTP- gamma glutamylotransferaza		
		20 min. posiłku	
	glukoza	60 min. posiłku	
		na czczo	
		50 g glukozy po 1 godzinie	
		50 g glukozy po 2 godzinach	
	glukoza z obciążeniem	75 g glukozy po 4 godzinach	
		75 g glukozy po 5 godzinach	
		na czczo	
	homocysteina		
	jonogram (Na, K)		
	kinaza fosfokreatynowa (CPK)		
	kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)		
	klirens endogennej kreatyniny		
	kreatynina		
	kwas foliowy		
	kwas homowanilinowy (HVA)		
	kwas moczowy		
	kwas walproinowy		
	kwasy żółciowe		
	lipaza		
	lipidogram		
	magnez		
	methemoglobina		
	mioglobina		
	mocznik, azot mocznikowy(pozabiałkowy), BUN		
	odczyn Waaler-Rose'go		
	ołów (Pb)		
	peptyd natriuretyczny (BNP)		
	peptyd natriuretyczny (NT pro-BNP)		
	potas (K)		
	próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP)		
	seromukoid		
	sód (Na)		

Badania
biochemiczne c.d.

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
Badania biochemiczne c.d.	transferyna			
	triglicerydy (trójglicerydy)			
	troponina ilościowo			
	troponiny I/T			
	tyreoglobulina			
	tyrozyna			
	USR (VDRL)			
	wapń całkowity			
	witamina D - metabolit 1,25(OH)			
	witamina D - metabolit 25(OH)			
	żelazo			
	żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)			
			120 min po obciążeniu	
			180 min po obciążeniu	
żelazo - krzywa wchłaniania		240 min po obciążeniu		
		300 min po obciążeniu		
		60 min po obciążeniu		
Badania hematologiczne	antytrombina III (AT III)			
	bezpośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (BTA)			
	białko C			
	białko S wolne			
	czas kaolinowo - kefalinowy (APTT)			
	czas krwawienia			
	czas krzepnięcia			
	czas protrombinowy (PT) (INR)			
	czas trombinowy (TT)			
			II – protrombina,	
			IX – czynnik antyhemofilowy B	
			V – proakceleryna,	
			VII – prokonwertyna,	
	czynniki układu krzepnięcia		VIII – czynnik antyhemofilowy A,	
			X – czynnik Stuarta – Prowera,	
			XI – czynnik antyhemofilowy C	
			XII – czynnik Hagemana,	
			XIII – czynnik stabilizujący fibrynę	
	D-dimery			
	eozynofilia bezwzględna			
	fibrynogen			
	haptoglobulina			
	hemoglobina wolna			
hemolizyny				
inhibitor składnika C1 dopełniacza				
inhibitory krzepnięcia				
komórki LE				
leukocyty				
morfologia krwi obwodowej bez rozmazu				
morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów)				
odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)				
osmolarność krwi				
oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh				
plazminogen				
płytki krwi				
pośredni odczyn Coombsa (POC) pośredni test antyglobulinowy (PTA)				
produkty degradacji fibryny i fibrynogenu (FDP)				
retikulocyty				

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
Badania moczu	17-hydroksykortykosteroidy (17 - OHCS) w moczu			
	albuminy w moczu			
	amylaza w moczu			
	badanie ogólne moczu			
	badanie ogólne moczu plus osad			
	białko Bence'a-Jonesa w moczu			
	bilirubina w moczu			
	chlorki w moczu			
	ciała ketonowe w moczu			
	dobowa zbiórka moczu (DZM)			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - aldosteron			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - białko			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - chlorki			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - kortyzol			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - kwas 5 – hydroksyindolooctowy (5 – HIAA)			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - kwas hipurowy			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - magnez			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - sód i potas			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) - szczawiany			
	dobowa zbiórka moczu (DZM) -17-hydroksykortykosteroidy (17 - OHCS)			
	fosforan nieorganiczny w moczu			
	glukoza/cukier w moczu			
	hemoglobina wolna w moczu			
	Immunofiksacja (A, G, M, kap, lam) w moczu			
	kadm w moczu			
	katecholaminy w moczu			
	klirens kreatyniny (z dobowej zbiórki moczu GHR)			
	koproporfiryny w moczu			
	kortyzol w moczu			
	kreatynina w moczu			
	kwas delta-aminolewulinowy w moczu			
	kwas moczowy w moczu			
	kwas wanilinomigdałowy w moczu			
	liczba Addisa w moczu			
	łańcuchy lekkie kappa w moczu			
	łańcuchy lekkie lambda w moczu			
	magnez w moczu			
	metoksykatecholaminy w moczu			
	miedź w moczu			
	mikroalbuminuria			
	mocznik w moczu			
	noradrenalina/adrenalina w moczu			
	ołów w dobowej zbiórce moczu			
	osmolarność moczu			
	potas w moczu			
	rtęć (Hg) w moczu			
	skład chemiczny kamienia nerkowego			
	sód w moczu			
	test ciążowy/gonadotropina kosmówkowa (alfa - HCG)			
	wapń całkowity w moczu			
	Badania hormonalne	17-hydroksykortykosteroidy (17 - OHCS)		
		adrenalina		
		aktywność reninowa osocza (ARO)		
aldolaza				
aldosteron				
androstendion				

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
Badania hormonalne c.d.	androsteron			
	białko transportujące insulinopodobne czynniki wzrostu (IGFBP-3)			
	dezykoryzyl			
	DHEA-S (dehydroepiandrosteronu siarczan)			
	erytropoetyna			
	esteraza acetyloholinowa			
	estradiol (E2)			
	estriol			
	estriol wolny			
	fenyloalanina (PKU)			
	glikolizowane białko			
	globulina wiążąca hormony płciowe (SHBG)			
	glutamylotransferaza			
	gonadotropina kosmówkowa (alfa - HCG)			
	gonadotropina kosmówkowa (beta - HCG)			
	hemoliza kwaśna			
	hormon adrenokortykotropowy (ACTH)			
	hormon anty-Mullerowski (AMH) - diagnostyka płodności			
	hormon folikulotropowy (FSH)			
	hormon luteinizujący (LH)			
	hormon tyreotropowy (TSH)			
	hormon wzrostu (GH)			
	Inhibina B			
	insulinopodobny czynnik wzrostu 1 (IGF-1)			
	kalcytonina			
	katecholaminy			
	kortyzol		pobranie po południu pobranie rano	
	łańcuchy lekkie kappa i lambda			
	N-Acetyloglukozaminidaza			
	osteokalcyna			
	PAPP-A (badanie przesiewowe)			
	parathormon intact (iPTH)			
	progesteron		120 min po obciążeniu	
	prolaktyna - test z metoklopramidem		30 min po obciążeniu	
			60 min po obciążeniu	
			przed obciążeniem	
	prolaktyna (PRL)			
	receptory estrogenowe			
	receptory progesteronowe			
	renina			
serotonina				
testosteron całkowity				
testosteron wolny				
trijodotyronina całkowita (TT3)				
trijodotyronina wolna (FT3)				
tyroksyna całkowita (TT4)				
tyroksyna wolna (FT4)				
Badania mikrobiologiczne	antybiogram			
	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram		kał	
			krew	
			materiał z cewki moczowej	
			materiał z gardła	
			materiał z jamy ustnej	
	materiał z nosa			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Badania mikrobiologiczne c.d.	badanie mykologiczne z posiewem, mykogram c.d.	materiał z nosogardła	
		materiał z odbytu	
		materiał z oskrzeli	
		materiał z paznokci nogi	
		materiał z paznokci ręki	
		materiał z rany	
		materiał z szyjki macicy	
		materiał z ucha	
		materiał z worka spojówkowego	
		materiał ze skóry	
		materiał ze sromu	
		mocz	
		nasienie	
		plwocina	
		ropa	
		włosy	
		worek spojówkowy	
		cytologia złuszczeniowa z nosa	
		posiew kału	
		posiew kału w kierunku pasożytów	
	posiew kału w kierunku Salmonella - Shigella		
	posiew krwi	posiew tlenowy	
	posiew moczu		
	posiew nasienia		
	posiew plwociny	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	posiew ropy	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	posiew w kierunku Streptococcus agalactiae (GBS)	posiew beztlenowy	
	posiew z pochwy	posiew beztlenowy	
		posiew tlenowy	
	wymaz z cewki moczowej	posiew beztlenowy	
	posiew tlenowy		
wymaz z gardła	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z jamy ustnej	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z kanału szyjki macicy	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z migdałka	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z nosa	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z nosogardła	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z oka			
wymaz z pochwy (czystość pochwy)	biocenoza pochwy		
wymaz z rany	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz z ucha	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		
wymaz ze zmian skórnych	posiew beztlenowy		
	posiew tlenowy		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Badania serologiczne	aglutynacja cząstek		
	antygen Hbe		
	antygen HBS (wirus zapalenia wątroby typu B HBs - HBsAg)		
	antykoagulant toczniowy (LA)		
	badanie w kierunku rotawirusów		
	przeciwciała IgG p. cyklicznemu peptydowi cytrulinowemu (anty-CCP)		
	przeciwciała p. .transglutaminazie tkankowej (anty-tGT) w kl. IgG met. ELISA		
	przeciwciała p. .transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w kl. IgA met. ELISA		
	przeciwciała p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF		
	przeciwciała p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting		
	przeciwciała p. bakteryjne		
	przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgG		
	przeciwciała p. beta – 2 – glikoproteinie – 1 IgM		
	przeciwciała p. błonie podstawnej kłęb.nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF		
	przeciwciała p. Bordetella pertussis IgG		
	przeciwciała p. Bordetella pertussis IgM		
	przeciwciała p. Borrelia IgG		oznaczane met. Western Blot oznaczanie met. ELISA
	przeciwciała p. Borrelia IgM		oznaczane met. Western Blot oznaczanie met. ELISA
	przeciwciała p. Brucella IgG		
	przeciwciała p. Brucella IgM		
	przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgA		
	przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgG		
	przeciwciała p. Chlamydia pneumoniae IgM		
	przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgG		
	przeciwciała p. Chlamydia trachomatis IgM		
	przeciwciała p. Coxsackie typ A i B IgM met. IIF		
	przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgG		
	przeciwciała p. Cytomegalovirus (anty-CMV) IgM		
	przeciwciała p. cytoplazmie (ANCA)		
	przeciwciała p. czynnikowi wew. Castlea i kom. Okładzinowym żółądka (APCA) met. IIF		
	przeciwciała p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)		
	przeciwciała p. DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)		
	przeciwciała p. dsDNA met. IIF		
	przeciwciała p. endomysium – IgA – EmA IgA		
	przeciwciała p. endomysium – IgG – EmA IgG		
	przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF		
	przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF		
	przeciwciała p. endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		
	przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgA		
	przeciwciała p. endomysium i retikulinie IgG		
	przeciwciała p. endomysium IgG, IgA EmA		
	przeciwciała p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG		
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgG			
przeciwciała p. Epstein-Barr virus (mononukleozą, EBV) IgM			
przeciwciała p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)			
przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgG			
przeciwciała p. fosfatydyloinozytolowi IgM			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Badania serologiczne c.d.	przeciwciała p. gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF		
	przeciwciała p. gliadynie klasy IgA – AGA		
	przeciwciała p. gliadynie klasy IgG – AGA		
	przeciwciała p. gliście ludzkiej IgG		
	przeciwciała p. HAV	frakcja IgM poziom całkowity	
	przeciwciała p. HBc (całkowite)		
	przeciwciała p. Hbe (anty - Hbe)		
	przeciwciała p. HBs (anty-HBs)		
	przeciwciała p. HCV (anty-HCV)		
	przeciwciała p. Helicobacter pylori		
	przeciwciała p. heterofilne		
	przeciwciała p. HIV1/HIV2		
	przeciwciała p. jądrowe (ANA1)		
	przeciwciała p. jądrowe (ANA2)		
	przeciwciała p. jądrowe (ANA3)		
	przeciwciała p. jądrowe i p.cytoplazmatyczne (1), test przesiewowy met. IIF		
	przeciwciała p. kanalikom żółciowym met. IIF		
	przeciwciała p. kardiolipinie w kl. IgG i IgM (łącznie) met. ELISA		
	przeciwciała p. komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met. IIF		
	przeciwciała p. korze nadnerczy		
	przeciwciała p. Listeria monocytogenes jakościowo		
	przeciwciała p. mięśniom gładkim ASMA		
	przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF		
	przeciwciała p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF		
	przeciwciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF		
	przeciwciała p. mitochondrialne AMA		
	przeciwciała p. mitochondrialne AMA typ M2		
	przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgG		
	przeciwciała p. Morbilli virus (odra) IgM		
	przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgG		
	przeciwciała p. Myxovirus parotitis (świnka) IgM		
	przeciwciała p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLLOT)		
	przeciwciała p. pemphigus i pemphigoid met. IIF		
	przeciwciała p. peroksydazie tarczycowej (aTPO, anty TPO)		
	przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgG		
	przeciwciała p. Pneumocystis carinii IgM		
	przeciwciała p. receptorom acetylocholino (AChR – Ab)		
	przeciwciała p. receptorom TSH (przeciwciała przeciw tyreotropinie, TRAb, anty TSHR)		
	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF		
	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF		
	przeciwciała p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF		
	przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgG		
	przeciwciała p. Rubivirus (różyczka) IgM		
	przeciwciała p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) IgG met. IIF		
	przeciwciała p. Shigella		
	przeciwciała p. TBEV (odkleszczowe zapalenie mózgu) IgM		
	przeciwciała p. Toksoplazmoza IgG (test awidności)		
	przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgG		
	przeciwciała p. Toxoplasma gondii IgM		
	przeciwciała p. TPO (p. mikrosomalne)		
przeciwciała p. Treponema pallidum (kita – testy potwierdzenia FTA, ABS)			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Badania serologiczne c.d.	przeciwciała p. Trichinella spiralis (włośnica) IgG		
	przeciwciała p. tyreoglobulinie		
	przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgG		
	przeciwciała p. Varicella zoster virus (ospa wietrzna) IgM		
	przeciwciała p. wyspom trzust., kom. Zewnątrzwydzielniczym trzust. I kom. Kubkowatym jelit met. IIF		
	przeciwciała p. Yersinia		
	przeciwciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF		
	przeciwciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID		
	SLE – półłościowo		
Diagnostyka cukrzycy	hemoglobina glikowana (HbA1c, glikohemoglobina, GHB)		
	insulina	na czczo	
		po 120 min	
		po 60 min.	
	insulina po obciążeniu	po podaniu 50 g glukozy po 120 min.	
		po podaniu 50 g glukozy po 60 min.	
		po podaniu 75 g glukozy po 120 min.	
		po podaniu 75 g glukozy po 180 min.	
	insulina po obciążeniu c.d.	po podaniu 75 g glukozy po 240 min.	
		po podaniu 75 g glukozy po 300 min.	
	po podaniu 75 g glukozy po 60 min.		
	peptyd C		
Badania radiologiczne (RTG)			
densytometria		kości udowej	
		kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłupa lędźwiowego i kości udowej	
mammografia		celowane	
		ogólne	
RTG celowane siodełka tureckiego			
RTG czaszki		celowane na kanały nerwów wzrokowych	
		celowane na kości skroniowej	
		celowane wg. Rheseego	
		celowane wg. Schullera (uszu)	
		celowane wg. Stenversa (uszu)	
		celowane w dwóch projekcjach	
RTG dłoni (ręki)		celowane w jednej projekcji	
		celowane w trzech projekcjach	
		porównawcze obu rąk	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
RTG klatki piersiowej		projekcja AP + bok + skos	
		projekcja bok	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
RTG klatki piersiowej z barytem		projekcja bok	
		RTG tomogram	
		projekcja AP	
RTG klatki piersiowej z barytem		projekcja AP + bok	
		projekcja bok	
		projekcja bok	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		celowane na rzepkę osiowe	
		celowane na rzepkę styczne	
	RTG kolan	celowane na rzepkę w 3 ustawieniach	
		porównawcze obu stawów	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja bok	
	RTG kończyny dolnej		
	RTG kończyny górnej		
	RTG kości krzyżowej		
	RTG kości nosowej		
		AP + bok	
	RTG kości ogonowej	bok wraz z kością guziczną	
		bok/AP - jedna projekcja	
	RTG kości piętowej		
		porównawcze obu kończyn	
		ze stawem kolanowym projekcja AP	
	RTG kości podudzia	ze stawem kolanowym projekcja bok	
		ze stawem skokowym projekcja AP	
		ze stawem skokowym projekcja bok	
		porównawcze projekcja AP obu kości	
	RTG kości ramieniowej	porównawcze projekcja osiowa obu kości	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		ze stawem barkowym osiowe	
		ze stawem biodrowym projekcja AP	
	RTG kości udowej	ze stawem biodrowym projekcja bok	
		ze stawem kolanowym projekcja AP	
		ze stawem kolanowym projekcja bok	
		celowane na stawy krzyżowe projekcja AP	
		celowane na stawy krzyżowe projekcja AP + bok	
	RTG kręgosłupa lędźwiowego	celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna	
		czynnościowe	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja AP + bok + skośna	
		projekcja bok	
		projekcja skośna	
	RTG kręgosłupa piersiowego	projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja AP + bok + skośna	
		projekcja bok	
		projekcja skośna	
		czynnościowe	
		projekcja AP	
	RTG kręgosłupa szyjnego	projekcja AP + bok	
		projekcja AP + bok + skośna	
		projekcja bok	
		projekcja skośna	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		czynnościowe	
		na stojąco projekcja AP (skolioza)	
		na stojąco projekcja AP + bok (skolioza)	
	RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	na stojąco projekcja AP + bok + skośna (skolioza)	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja skośna	
	RTG kręgu szczytowego i obrotowego	(puste)	
	RTG krtani bez kontrastu	zdjęcia warstwowe	
	RTG łopatki	projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
	RTG łuków jarzmowych		
	RTG miednicy		
	RTG miednicy małej		
	RTG mostka	projekcja AP	
		projekcja bok	
		celowane na kość łódeczkowatą	
		porównawcze obu rąk	
	RTG nadgarstka	projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja AP + bok + skos	
		projekcja bok	
	RTG nosa		
	RTG nosogardła (trzeci migdał)		
	RTG obojczyka		
	RTG oczodołów	projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		porównawcze obu rąk	
		projekcja AP	
	RTG palca	projekcja AP + bok	
		projekcja AP + bok + skos	
		projekcja bok	
	RTG podstawy czaszki		
	RTG podżebrza		
	RTG potylicy		
	RTG przedramienia	porównawcze projekcja AP + bok obu kości	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
	RTG przeglądowe jamy brzusznej	inne	
		na leżąco	
		na stojąco	
	RTG przewodu pokarmowego z kontrastem	pasaż jelita cienkiego (standardowy środek kontrastowy)	
		pasaż przełyku, żołądka i dwunastnicy (standardowy środek kontrastowy)	
		włew doodbytniczy (standardowy środek kontrastowy)	
	RTG skrzydełkowe zęba		
		dzieci	
	RTG stawów biodrowych	porównawcze obu stawów - dorośli	
		projekcja AP - dorośli	
		projekcja osiowa - dorośli	
	RTG stawów krzyżowo/biodrowych	projekcja AP	
		projekcja AP + skośna	
		projekcja skośna	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		porównawcze obu stawów	
	RTG stawów skokowych	projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja bok	
		porównawcze obu stawów	
		projekcja AP	
		projekcja osiowa	
	RTG stawu barkowego	porównawcze obu stawów	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja osiowa	
	RTG stawu mostkowo-obojczykowego		
		celowane na kości śródstopia	
		celowane na palce	
		celowane na piętę boczne	
		celowane na piętę osiowe	
	RTG stóp	porównawcze obu stóp	
		projekcja AP	
		projekcja AP + bok	
		projekcja AP + bok + skos	
		projekcja bok	
	RTG ścięgna Achillesa		
	RTG ślinianki		
	RTG śródpiersia		
	RTG twarzoczaszki		
	RTG uszu		
	RTG zatok		
	RTG zgryzowe		
		projekcja AP	
	RTG żeber	projekcja bok	
		projekcja skośna	
		projekcja AP	
	RTG żuchwy	projekcja skośna	
	urografia		
Badania czynnościowe			
narząd słuchu	audiometria impedancyjna		
	audiometria tonalna		
układ krążenia	EKG spoczynkowe bez opisu		
	EKG spoczynkowe z opisem		
	24h rejestracja ciśnienia tętn. (Holter)		
	24h rejestracja EKG (Holter)		
	echokardiografia (ECHO)		
	EKG wysiłkowe		
	Holter EKG "event"		
układ oddechowy	spirometria	standardowa bez leku	
		z podaniem leku rozkurczowego	
	EEG - elektroencefalografia	w czuwaniu	
układ nerwowy		zespół cieśni nadgarstka	
		badanie ilościowe mięśnia	
		choroba neuronu ruchowego	
		nerw twarzowy	
		nieurazowe uszkodzenie nerwu	
		ocena czynności spoczynkowej mięśnia	
		polineuropatia / miopatia	
		pourazowe uszkodzenie nerwu	
	próba ischemiczna		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
układ nerwowy c.d.	EMG - elektromiografia c.d.	próba miasteniczna	
		uszkodzenie splotu	
	ENG - elektroneurografia	nerw czuciowy	
		nerw ruchowy (długi)	
		nerw ruchowy (krótkie odcinki)	
	ENG - elektronystagmografia		

Badania ultrasonograficzne (USG)

USG	USG dołów podkolanowych		
	USG gałek ocznych i oczodołów		
	USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej		
	USG jądra i najądrza		
	USG krtani		
	USG mięśni		
	USG nadgarstka		
	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego		
	USG oka		
	USG palca		
	USG pęcherz moczowy		
	USG piersi		
	USG ręki		
	USG staw barkowy		
	USG staw biodrowy		
	USG staw kolanowy		
	USG stawu łokciowego		
	USG stawu skokowego		
	USG stopy		
	USG ścięgna Achillesa		
	USG tętnic wewnętrzzaszkowych		
	USG tkanek miękkich		
	USG tkanki podskórnej		
USG więzadeł			

USG Dopplerowskie	USG - Doppler naczynia żyłne i tętnicze kk. dolnych	naczynia tętnicze	
		naczynia żyłne	
		naczynia tętnicze	
		naczynia żyłne	

Badania tomografii komputerowej (CT, TK)

	OCT oczu		
	OCT oka		
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia		
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia		
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		
	TK jama brzuszna bez kontrastu		
	TK jama brzuszna z kontrastem		
	TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu (bez TK aorty)		
	TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem (bez TK aorty)		
	TK klatki piersiowej bez kontrastu (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		
	TK klatki piersiowej i jamy brzusznej bez kontrastu		
	TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem		
	TK klatki piersiowej z kontrastem (bez TK serca, aorty i nn. wieńcowych)		
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi bez kontrastu		
	TK klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej i szyi z kontrastem		
	TK kończyny dolne bez kontrastu	podudzia uda	
	TK kończyny dolne z kontrastem	podudzia uda	
	TK kończyny górne bez kontrastu	nadgarstka przedramienia ramienia ręki	
	TK kończyny górne z kontrastem	nadgarstka przedramienia ramienia ręki	
	TK krtani bez kontrastu		
	TK krtani z kontrastem		
	TK miednicy mniejszej bez kontrastu		
	TK miednicy mniejszej z kontrastem		
	TK miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		
	TK miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		
	TK nerek i nadnerczy bez kontrastu		
	TK nerek i nadnerczy z kontrastem		
	TK oczodołów bez kontrastu		
	TK oczodołów z kontrastem		
	TK piramid kości skroniowych bez kontrastu		
	TK piramid kości skroniowych z kontrastem		
	TK płuc o wysokiej rozdzielczości (HRCT)		
	TK przysadki mózgowej bez kontrastu		
	TK przysadki mózgowej z kontrastem		
	TK stawów biodrowych bez kontrastu		
	TK stawów biodrowych z kontrastem		
	TK stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		
	TK stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		
	TK stawów skokowych bez kontrastu		
	TK stawów skokowych z kontrastem		
	TK stawu barkowego bez kontrastu		
	TK stawu barkowego z kontrastem		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	TK stawu kolanowego bez kontrastu		
	TK stawu kolanowego z kontrastem		
	TK stawu łokciowego bez kontrastu		
	TK stawu łokciowego z kontrastem		
	TK stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		
	TK stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		
	TK stopy bez kontrastu		
	TK stopy z kontrastem		
	TK szyi bez kontrastu		
	TK szyi z kontrastem		
	TK zatoki bez kontrastu		
	TK zatoki z kontrastem		
	OCT oczu		
	OCT oka		
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu + angiografia	naczynia żyłne i zatoki mózgu naczynia tętnicze	
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		
	TK (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego i lędźwiowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego bez kontrastu		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego i piersiowego z kontrastem		
	TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		
Badania rezonansu magnetycznego (RM, NMR)			
	RM (głowy) mózgu/pnia mózgu bez kontrastu		
	RM (głowy) mózgu/pnia mózgu z kontrastem		
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego bez kontrastu		
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo/krzyżowego z kontrastem		
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego bez kontrastu		
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego z kontrastem		
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego bez kontrastu		
	RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego z kontrastem		
	RM angiografia naczyń głowy (z wyłączeniem spektroskopii)		
	RM angiografia tętnic nerkowych		
	RM artrografia nadgarstka		
	RM artrografia stawu barkowego		
	RM artrografia stawu kolanowego		
	RM artrografia stawu łokciowego		
	RM artrografia stawu skokowego		
	RM cholangiografia		
	RM jama brzuszna bez kontrastu (bez cholangiografii MR)		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	RM jama brzuszna z cholangiografią		
	RM jama brzuszna z kontrastem (bez cholangiografii MR)		
	RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej bez kontrastu		
	RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej z kontrastem		
	RM klatki piersiowej bez kontrastu (bez RM Angio i badania serca)		
		cała kończyna	
	RM kończyny dolne bez kontrastu	celowane podudzie	
		celowane stopa	
		celowane udo	
		cała kończyna	
	RM kończyny dolne z kontrastem	celowane podudzie	
		celowane stopa	
		celowane udo	
		cała kończyna	
	RM kończyny górne bez kontrastu	celowane przedramię	
		celowane ramię	
		celowane ręka	
		cała kończyna	
	RM kończyny górne z kontrastem	celowane przedramię	
		celowane ramię	
		celowane ręka	
	RM mammografia		
	RM miednicy mniejszej bez kontrastu		
	RM miednicy mniejszej z kontrastem		
	RM miednicy, pęcherza, prostaty bez kontrastu		
	RM miednicy, pęcherza, prostaty z kontrastem		
	RM oczodołów bez kontrastu		
	RM oczodołów z kontrastem		
	RM przysadki mózgowej z kontrastem		
	RM stawów biodrowych bez kontrastu		
	RM stawów biodrowych z kontrastem		
	RM stawów kolanowych bez kontrastu		
	RM stawów kolanowych z kontrastem		
	RM stawów krzyżowo biodrowych bez kontrastu		
	RM stawów krzyżowo biodrowych z kontrastem		
	RM stawów skokowych bez kontrastu		
	RM stawów skokowych z kontrastem		
	RM stawu barkowego bez kontrastu		
	RM stawu barkowego z kontrastem		
	RM stawu łokciowego bez kontrastu		
	RM stawu łokciowego z kontrastem		
	RM stawu mostkowo-obojczykowego bez kontrastu		
	RM stawu mostkowo-obojczykowego z kontrastem		
	RM struktur mózgowia + angiografia		
	RM szyi bez kontrastu		
	RM szyi z kontrastem		
	RM śródpiersia bez kontrastu		
	RM śródpiersia z kontrastem		
	RM twarzoczaszka bez kontrastu		
	RM twarzoczaszka z kontrastem		
	RM zatok bez kontrastu		
	RM zatok z kontrastem		

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Rehabilitacja ambulatoryjna			
Elektroterapia	elektrostymulacja	mięśni kończyny dolnej	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		mięśni kończyny górnej	
	fonoforeza	kręgosłup lędźwiowy	
		kręgosłup piersiowy	
		kręgosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
	fonoforeza c.d.	ramię	
		ręka	
staw barkowy			
staw biodrowy			
staw kolanowy			
staw łokciowy			
staw skokowy			
stopa			
udo			
galwanizacja		kręgosłup lędźwiowy	
	kręgosłup piersiowy		
	kręgosłup szyjny		
	nadgarstek		
	podudzie		
	przedramię		
	ramię		
	ręka		
	staw barkowy		
	staw biodrowy		
jonoforeza	staw kolanowy		
	staw łokciowy		
	staw skokowy		
	stopa		
	udo		
	kręgosłup lędźwiowy		
	kręgosłup piersiowy		
	kręgosłup szyjny		
	nadgarstek		
	podudzie		
przedramię			
prądy Nemecca (interferencyjne)	ramię		
	ręka		
	staw barkowy		
	staw biodrowy		
	staw kolanowy		
	staw łokciowy		
	staw skokowy		
	stopa		
	udo		
	kręgosłup lędźwiowy		
kręgosłup piersiowy			
kręgosłup szyjny			
nadgarstek			
podudzie			
przedramię			
ramię			
ręka			
staw barkowy			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
	prądy Nemecca (interferencyjne) c.d.	staw biodrowy	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		staw kolanowy	
Elektroterapia c.d.	prądy Tensa	staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
		udo	
		kregosłup lędźwiowy	
		kregosłup piersiowy	
		kregosłup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
	prądy Traeberta	ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
		udo	
			terapia krótkofalowa ciągła i impulsowa (Curapuls)
kregosłup piersiowy			
kregosłup szyjny			
nadgarstek			
podudzie			
przedramię			
ramię			
ręka			
staw barkowy			
staw biodrowy			
Kinezyterapia	ćwiczenia ind. instruktażowe	staw kolanowy	
		staw łokciowy	
		staw skokowy	
		stopa	
		udo	
	ćwiczenia grupowe ogólnousprawniające	kregosłup lędźwiowy	
		kregosłup piersiowy	
		kregosłup szyjny	
		nadgarstek	
	ćwiczenia ind. czynno-bierne i wspomagane	kregosłup lędźwiowy	
		kregosłup piersiowy	
		kregosłup szyjny	
		nadgarstek	

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
Kinezyterapia c.d.	ćwiczenia ind. instruktażowe c.d.	podudzie		
		przedramię		
		ramię		
		ręka		
		staw barkowy		
		staw biodrowy		
		staw kolanowy		
		staw łokciowy		
		staw skokowy		
		stopa		
		udo		
	ćwiczenia specjalne na przyrządach	ćwiczenia specjalne na przyrządach		
	wyciąg trakcyjny	wyciąg trakcyjny		
Krioterapia	krioterapia miejscowa	kręgosłup lędźwiowy	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
		kręgosłup piersiowy		
		kręgosłup szyjny		
		nadgarstek		
		podudzie		
		przedramię		
		ramię		
		ręka		
		staw barkowy		
		staw biodrowy		
		staw kolanowy		
		staw łokciowy		
		staw skokowy		
		stopa		
				udo
				kręgosłup lędźwiowy
				kręgosłup piersiowy
	kręgosłup szyjny			
	nadgarstek			
	podudzie			
	przedramię			
	ramię			
	ręka			
	staw barkowy			
	staw biodrowy			
	staw kolanowy			
	staw łokciowy			
	staw skokowy			
	stopa			
	udo			
	kręgosłup lędźwiowy			
	kręgosłup piersiowy			
	kręgosłup szyjny			
	nadgarstek			
	podudzie			
	przedramię			
	ramię			
	ręka			
	staw barkowy			
	staw biodrowy			
	staw kolanowy			
	staw łokciowy			
	staw skokowy			
	stopa			
	udo			
	kręgosłup lędźwiowy			
	kręgosłup piersiowy			
	kręgosłup szyjny			
	nadgarstek			
	podudzie			
	przedramię			
	ramię			
	ręka			
	staw barkowy			
	staw biodrowy			
	staw kolanowy			
	staw łokciowy			
	staw skokowy			

Zakres	Nazwa usługi	Opis szczegółowy	Limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
Magnetoterapia c.d.	impulsy Magnetus c.d.	stopa	Limit 40 zabiegów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
		udo	
Światłolecznictwo	promienie UV		
	Sollux		
Terapia ultradźwiękami	ultraterapia miejscowa	kregoslup lędźwiowy	
		kregoslup piersiowy	
		kregoslup szyjny	
		nadgarstek	
		podudzie	
		przedramię	
		ramię	
		ręka	
		staw barkowy	
		staw biodrowy	
		staw kolanowy	
		staw skokowy	
Hydroterapia	masaż	stopa	
		udo	
		masaż perelkowy	
		masaż podwodny	
		masaż wirowy	

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ZWANA WE WSKAZANYCH WARUNKACH DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ „TABELĄ TRWAŁYCH USZCZERBKÓW”

stanowiąca Załącznik nr 1 do:

- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TUNW/09/20);
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy Pracy (kod warunków: UG_TUNWP/09/20);
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod warunków: UG_TUZSUM/06/22);
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TUNWMP/09/20);
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TUDZINW/11/23);
- Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Członka rodziny wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TURNW/09/20).

	% uszczerbku na zdrowiu	
A. USZKODZENIA GŁOWY		
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
a) Znaczne, rozległe (powyżej 5 cm długości) szpecące, ściągające blizny – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn itp.	1 - 10	
Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od obszaru):		
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1 - 10	
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11 - 20	
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21 - 30	
UWAGA: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg punktu 1 a.		
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości:		
a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego	1 - 10	
b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym	10 - 25	
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni - w zależności od rozmiarów:		
a) poniżej 10 cm ²	1 - 10	
b) od 10 do 50 cm ²	11 - 15	
c) powyżej 50 cm ²	16 - 25	
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu, oceniony wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.		
4. Utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań		1 - 15
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:		
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0° - 1° wg skali Lovette'a	100	
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2°/3° wg skali Lovette'a	60 - 80	
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3°/4° wg skali Lovette'a	40 - 60	
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych 4° lub 4°/5° wg skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5 - 20	
e) porażenie kończyny górnej 0° - 1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3° - 4° wg skali Lovette'a:		
– prawej	70 - 90	
– lewej	60 - 80	

f) niedowład kończyny górnej 3° - 4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0° - 1° wg skali Lovette'a:	
– prawej	70 - 90
– lewej	60 - 80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0° - 1° wg skali Lovette'a:	
– prawej	40 - 50
– lewej	30 - 40
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2° - 2°/3° wg skali Lovette'a:	
– prawej	30 - 40
– lewej	20 - 30
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3° - 4° wg skali Lovette'a:	
– prawej	10 - 30
– lewej	5 - 20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° - 1° wg skali Lovette'a	30 - 50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 2° - 2°/3° wg skali Lovette'a	25 - 40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3° - 3°/4° wg skali Lovette'a	15 - 25
ł) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 4° - 4°/5° wg skali Lovette'a	5 - 15

UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg punktu 11, uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.

Skala Lovette'a

0° - brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej

1° - ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej

2° - wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej

3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej

4° - zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej

5° - prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

6. Zespoły pozapiramidowe:

a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, itp.	40 - 80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	10 - 30

7. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:

a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50 - 80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10 - 40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1 - 10

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 ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:

a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80 - 100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50 - 75
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25 - 50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10 - 25

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

10. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:

a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu	1 - 5
---	-------

b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	2 - 20
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40 - 60
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20 - 40
e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10 - 20
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	35 - 60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20 - 30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20 - 35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10 - 20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5 - 10
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1 - 10
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1 - 10
b) ruchowe	1 - 10
c) czuciowo-ruchowe	5 - 20
15. Uszkodzenie nerwu twarzewego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3 - 15
c) izolowane uszkodzenie centralne	2 - 10
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzewego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzewego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.	
16. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5 - 10
b) średniego stopnia	10 - 25
c) dużego stopnia	25 - 50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.	
B. USZKODZENIA TWARZY	
19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 2 cm długości, lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1 - 10
b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcy	5 - 25
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpecenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcy	25 - 60
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcy, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1 - 5
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcy – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5 - 15
c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcy – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10 - 20
d) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2 - 5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20 - 30
UWAGA: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa oceniać łącznie wg punktu 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg punktu 19.	

21. Utrata zębów:

a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:

i. utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,5
ii. utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej 1/2 korony)	1
iii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2

b) pozostałe zęby – za każdy ząb:

i. utrata korony (co najmniej 1/2 korony)	0,5
ii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1

22. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:

a) nieznacznego stopnia	1 - 5
b) znacznego stopnia	5 - 10

UWAGA: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg punktu 27b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 27 a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniem kości twarzoczaszki towarzyszy oszpeccenie oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.

23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpecceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpeccenia i powikłań:

a) częściowa	10 - 35
b) całkowita	40 - 50

24. Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:

a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1 - 5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5 - 10

25. Ubytek podniebienia:

a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5 - 20
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	20 - 40

26. Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:

a) ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń – ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1 - 5
b) ubytki języka – ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	5 - 15
c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	15 - 40
d) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:

a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwałe uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli:

Tabela 27 a

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

b) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1 - 10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40

UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 27 c obejmuje oszpeccenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

28. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

- | | |
|----------------|----|
| a) jednego oka | 15 |
| b) obu oczu | 30 |

29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

- | | |
|--|----------------|
| a) z zaburzeniami ostrości wzroku | wg tabeli 27 a |
| b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia | 1 - 5 |

30. Uszkodzenie gałki ocznej - wskutek urazów drążących:

- | | |
|--|----------------|
| a) z zaburzeniami ostrości wzroku | wg tabeli 27 a |
| b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia | 1 - 5 |

31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

- | | |
|--|----------------|
| a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku | wg tabeli 27 a |
| b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia | 1 - 5 |

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 32:

Tabela 32

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0	0	20 - 35%
50°	1 - 5%	10 - 15%	35 - 45%
40°	5 - 10%	15 - 25%	45 - 55%
30°	10 - 15%	25 - 50%	55 - 70%
20°	15 - 20%	50 - 80%	70 - 85%
10°	20 - 25%	80 - 90%	85 - 95%
poniżej 10°	25 - 35%	90 - 95%	95 - 100%

33. Połowicze i inne niedowidzenia:

- | | |
|--|--------|
| a) dwuskroniowe | 60 |
| b) dwunosowe | 30 |
| c) jednoimienne | 30 |
| d) inne ubytki pola widzenia (jednoczne) | 1 - 15 |

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

- | | |
|-----------------|----|
| a) w jednym oku | 15 |
| b) w obu oczach | 30 |

UWAGA: W przypadku gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo wg tabeli 27 a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oba oczy.

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 27 a
w granicach
15 - 35 |
| b) w obu oczach | wg tabeli 27 a
w granicach
30 - 100 |

36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:

- | | |
|-----------------|---------|
| a) w jednym oku | 5 - 10 |
| b) w obu oczach | 10 - 15 |

37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe – oceniać wg tabeli 27a i 32 i/lub punktu 33d, nie mniej niż

3

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 – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg tabeli ostrości wzroku 27a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy, nie mniej niż

5

39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia

40 - 100

40. Zaćma pourazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27a), po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji.

41. Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:

- | | |
|--|--------|
| a) niewielkie zmiany | 1 - 5 |
| b) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek | 5 - 10 |

UWAGA: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27 a.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

42. Upośledzenie ostrości słuchu:

a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwałe uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Tabela 42 a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (mod.)				
Ucho prawe \ Ucho lewe	0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	pow. 70 dB
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 oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe szумы uszne – w zależności od stopnia nasilenia 1 - 5

UWAGA: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu należy oceniać wyłącznie według tabeli 42 a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi to oceniać wg punktu 48.

43. Urazy małżowiny usznej:

a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń 1 - 10

b) całkowita utrata jednej małżowiny 15

c) całkowita utrata obu małżowin 25

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu: oceniać wg tabeli 42 a

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem:

a) jednostronne 5

b) obustronne 10

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

a) jednostronne 5 - 15

b) obustronne 10 - 20

47. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej: Oceniać wg tabeli 42 a.

48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a) z uszkodzeniem części słuchowej Oceniać wg tabeli 42 a

b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) w zależności od stopnia uszkodzenia 1 - 20

c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) w zależności od stopnia uszkodzenia 20 - 50

d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia ocena wg tabeli 42 a, zwiększając stopień inwalidztwa, wg p. 48 b lub 48 c

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia 5 - 25

b) dwustronne 25 - 60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji 5 - 10

51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) niewielka okresowa duszność, chryпка 5 - 10

b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów 11 - 30

52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia 30 - 59

b) z bezgłosem 60

53. Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła - w zależności od stopnia jej zwężenia:		
a) bez niewydolności oddechowej		1 - 10
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego		10 - 20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza		20 - 40
d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową		40 - 60
54. Uszkodzenie przełyku:		
a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu		1 - 5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych		6 - 20
c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania		21 - 50
d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena wg poz. 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań		10 - 30
55. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:		
a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn		1 - 5
b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości		5 - 15
c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy		15 - 30
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		2
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg punktu 89.		
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 (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej		1 - 5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej- blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej		5 - 10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej		10 - 25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściąające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej		25 - 40
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
57. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie wg p. 56):		
a) blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn		1 - 5
b) znaczna lub całkowita utrata brodawki		10 - 15
c) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku		5 - 15
d) całkowita utrata sutka		15 - 20
e) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego - oceniać wg powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej		1 - 10
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.		
58. Złamania żeber:		
a) bez zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej		1 - 5
b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej		1 - 10
c) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej		10 - 25
d) ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej		25 - 40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
59. Złamanie mostka:		
a) bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym		1 - 3
b) ze wzrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości		3 - 10
60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58 – 59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o		
		1 - 15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):		
a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej		1 - 5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia		5 - 10

c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10 - 25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25 - 40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać wg p. 61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o	10 - 20

UWAGA: Przy ocenie wg punktów 56, 58, 60-62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/ lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwałe uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz p. 60 i 62).

STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ:

Niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej:

VC 70 - 80%, FEV1 70 - 80%, FEV 1% VC - 70 - 80% – w odniesieniu do wartości należnych.

Średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej:

VC 50 - 70%, FEV1 50 - 70%, FEV 1% VC 50 - 70% – w odniesieniu do wartości należnych.

Znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej:

VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV 1% VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b) I klasa NYHA, EF 50% - 55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	5 - 15
c) II klasa NYHA, EF 45% - 55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	15 - 25
d) III klasa NYHA, EF 35% - 45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	25 - 55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	55 - 90

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

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

Klasa I.

Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II.

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

Klasa III.

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

Klasa IV.

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

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:

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

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

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

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	1 - 5
b) zaburzenia niewielkiego stopnia	5 - 10
c) zaburzenia średniego stopnia	10 - 20
d) zaburzenia dużego stopnia	20 - 40

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:

a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące	1 - 5
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	5 - 15
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

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

66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) Wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1 - 5
b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5 - 10
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5 - 40
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania -odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67. Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30 - 80
b) jelita grubego	20 - 60
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	1 - 10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1 - 5
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1 - 5
b) wypadanie błony śluzowej	5 - 10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10 - 30
71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony, bez zmian w morfologii	15
d) utrata śledziony, ze zmianami w morfologii	30
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1 - 5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa – Pugh'a, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	5 - 15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa – Pugh'a, zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15 - 40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa- Pugh'a, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki	40 - 60

UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg – ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b – d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b – d. Zwężenia dróg żółciowych – orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b – d.

KLASYFIKACJA CHILDA – PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych

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

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

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO - PŁCIOWYCH

73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10 - 25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75. Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	35 - 75
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
a) nie powodujące zaburzeń funkcji	1 - 5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	5 - 20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) Wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5 - 15
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	15 - 30

78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:

a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10 - 25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	25 - 50

79. Zwężenia cewki moczowej:

a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5 - 15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	15 - 40
c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	40 - 60

UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.

80. Utrata prącia 40

81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji 5 - 30

82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji 5 – 20

83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40

84. Pourazowy wodniak jądra:

a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	2 - 10

85. Utrata macicy: 35

86. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:

a) rozległe blizny, ubytki, deformacje	1 - 5
b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5 - 10
c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30

I. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH

(orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej niż po 6-ciu miesiącach)

87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:

a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1 - 5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	5 - 15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	15 - 25

88. Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:

a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1 - 5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	5 - 15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	

UWAGA: Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – ocena uszkodzenia narządów i układów: oddechowego, krwiotwórczego, krążenia, przewodu pokarmowego, nerwowego, układu ruchu, następuje wg odpowiednich punktów niniejszej tabeli. Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 27 a, 32, 42. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:

a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5
b) z ograniczeniem ruchomości 26% – 50%	5 - 15
c) z ograniczeniem ruchomości 51% – 75%	15 - 20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	20 - 30
e) zeszywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
f) zeszywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
g) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg p. 89 a-f, dodając, w zależności od stopnia zniekształcenia	2 - 10
h) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11° ocenia się wg poz. 89 a-g, zwiększając stopień inwalidztwa o	8
i) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 89 a – h zwiększając stopień inwalidztwa o	5

UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1 - Th10):		
a)	z ograniczeniem ruchomości do 50%	1 - 10
b)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10 - 20
c)	zesztywnienie w pozycji fizjologicznej	20
d)	zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	25 - 30
e)	obniżenie wysokości trzonu co najmniej 10%, ocenia się wg poz. 90 a-d, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia o	1 - 5
f)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgow o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°) ocenia się wg poz. 90 a - e zwiększając stopień inwalidztwa o	7
g)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 90a-f zwiększając stopień inwalidztwa o	5

UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10 - 11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2 - 3 cm.

91. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11 - L5):		
a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5
b)	z ograniczeniem ruchomości 26% – 50%	5 - 15
c)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15 - 30
d)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
e)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
f)	obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocenia się wg poz. 91 a - e, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia, o	3 - 12
g)	niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgow o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15°) - ocenia się wg poz. 91 a - f zwiększając stopień inwalidztwa o	9
h)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 91a - g zwiększając stopień inwalidztwa o	5

UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgoszynek rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI:

zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10 - 11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7-8 cm.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych - w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się wg p.p. 89 - 91.		
93. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:		
a)	porażenie kończyn górnych i /lub dolnych 0 – 1° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0 – 1° w skali Lovette'a	100
b)	głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a	60 - 90
c)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a, lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 0 – 2° w skali Lovette'a	30 - 60
d)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowiczne uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 3 – 4° w skali Lovette'a	5 - 30
e)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów zależności od stopnia zaburzeń	5 - 15
f)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego, w zależności od stopnia zaburzeń	5 - 30
94. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
a)	szyjne bólowe	1 - 4
b)	szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	1 - 10
c)	szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5 - 30
d)	piersiowe	1 - 4
e)	lędźwiowo – krzyżowe bólowe	1 - 4
f)	lędźwiowo – krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	1 - 4
g)	lędźwiowo – krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5 - 30
h)	guziczne	1 - 4

UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w punkcie 94 a - h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia.

K. USZKODZENIA MIEDNICY

95. Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:

- | | |
|--|---------|
| a) utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu | 1 - 5 |
| b) utrwalone rozejście spojenia łonowego/zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego, nie wymagające leczenia operacyjnego, w zależności od stopnia zaburzenia chodu | 5 - 15 |
| c) utrwalone rozejście spojenia łonowego/zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie, w zależności od stopnia zaburzeń chodu | 10 - 30 |

UWAGA: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy oceniać według punktu 96 lub 98.

96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:

- | | |
|---|---------|
| a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa) | 1 - 5 |
| b) w odcinku przednim obustronnie | 5 - 15 |
| c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) | 15 - 30 |
| d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie | 20 - 40 |

UWAGA: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.

97. Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym, lub bez centralnego zwichnięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu – oceniać wg p. 143.

UWAGA: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 145.

98. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej (biodrowej):

- | | |
|--|--------|
| a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji | 1 - 5 |
| b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji | 5 - 10 |
| c) mnogie złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji | 2 - 7 |
| d) mnogie złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji | 5 - 15 |

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

Prawa (dominująca)/ Lewa

99. Złamanie łopatki:

- | | |
|--|------------------|
| a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny | 1 - 5/ 1 - 3 |
| b) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30% | 5 - 10/ 4 - 9 |
| c) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 – 50% | 10 - 20/ 10 - 15 |
| d) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% | 20 - 40/ 15 - 30 |

UWAGA: Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

Prawy/Lewy

100. Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:

- | | |
|--|-----------------|
| a) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20% | 1 - 10/ 1 - 5 |
| b) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20% | 10 - 20/ 5 - 15 |

101. Staw rzekomy obojczyka - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:

- | | |
|---|------------------|
| a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20% | 10 - 15/ 7 - 12 |
| b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20% | 15 - 25/ 13 - 20 |

UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 101

102. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:

- | | |
|--|------------------|
| a) brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°) | 1 - 5/ 1 - 3 |
| b) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°) | 5 - 10/ 4 - 8 |
| c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°) | 10 - 25/ 10 - 20 |

UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.

103. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości - ocenia się wg poz. 100 – 102 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o

5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

Prawy/Lewy

104. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku - w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:

a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 10%	0,5 - 2/ 0,5 - 2
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 11% - 30%	3 - 11/ 3 - 7
c) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31% - 50%	12 - 19/ 8 - 14
d) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20 - 35/15 - 30
105. Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20 - 35/ 15 - 30
106. Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:	
a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5 - 25/ 5 - 20
b) nie leczone operacyjnie	25/ 20
UWAGA: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.	
107. Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	25 - 40/ 20 - 35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażen – ocenia się wg norm neurologicznych.	
108. Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym):	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20 - 35/ 15 - 30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40/ 35
109. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 104 lub 108	
110. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się wg poz. 104 – 109, zwiększając stopień uszczerbku o	5
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	
111. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70/ 65
112. Utrata kończyny wraz z łopatką	75/ 70

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO:

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

RAMIĘ	Prawe/Lewe
113. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym:	
a) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym do 30%	2 - 15/ 2 - 10
b) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	15 - 30/ 10 - 25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 113 a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o	5 - 15
114. Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:	
a) zmiany niewielkie	1 - 5/ 1 - 4
b) zmiany średnie	6 - 12/ 5 - 9
c) zmiany duże	13 - 20/ 10 - 15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.	
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia:	
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70/ 65
b) przy dłuższych kikutach	65/ 60
116. Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia	oceniać wg p. 114 a
STAW ŁOKCIOWY	Prawy/ Lewy
117. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 – 50%	5 - 15/ 5 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15 - 30/ 10 - 25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:	
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25/ 20
b) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	25 - 30/ 20 - 25
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45/ 40
d) w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30 - 45/ 25 - 40

119. Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 – 50%	5 - 15/ 5 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15 - 30/ 10 - 25
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.	
120. Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia - w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15 - 30/ 10 - 25
121. Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według pozycji 117 - 120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	5
UWAGA: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0° - 80°. (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia)	
PRZEDRAMIĘ	Prawe/ Lewe
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 6/ 1 - 5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 15/ 6 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16 - 25/ 11 - 20
d) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15 - 20/ 10 - 15
e) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	20 - 30/ 15 - 25
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkie zmiany	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany	5 - 15/ 5 - 10
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	15 - 30/ 11 - 25
124. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):	
a) niewielkie zmiany	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany	5 - 10/ 5 - 8
c) znaczne zmiany	10 - 20/ 8 - 15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 122, 123, 125, 126.	
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	
a) średniego stopnia	10 - 20/ 10 - 15
b) dużego stopnia	20 - 35/ 15 - 30
UWAGA: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.	
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:	
a) średniego stopnia	10 - 25/ 10 - 20
b) dużego stopnia	25 - 40/ 20 - 35
UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.	
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się wg poz. 122 - 126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia - w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55 - 60/ 50 - 55
129. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55/ 50

ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA:

nawracanie 0 - 80°, odwracanie 0 - 80° (pozycja funkcjonalna, swobodna - 20° nawrócenia)

NADGARSTEK	Prawy/ Lewy
130. Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 6/ 1 - 5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 15/ 6 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16 - 25/ 11 - 20
131. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15 - 20/ 10 - 15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	20 - 30/ 15 - 25
132. Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się wg poz. 130 - 131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5

ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA:

zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30°, (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).

ŚRÓDRĘCZE	Prawe/ Lewe
134. Uszkodzenie śródreżca: kości I-V, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany, z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany, z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	5 - 10/ 4 - 9
c) rozległe zmiany, z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10 - 20/ 9 - 15
KCIUK	Prawy/ Lewy
135. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki	2 / 1
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5 - 10/ 3 - 6
c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	10 - 15/ 6 - 10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	15 - 20/ 10 - 15
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	20 - 25/ 15 - 20
136. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5/ 1 - 3
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26 - 50%	5 - 10/ 3 - 8
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51 - 75%	10 - 15/ 8 - 12
d) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	15 - 20/ 12 - 15
e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródreżca	20 - 25/ 15 - 20

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

ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA:

- staw śródreżczo-paliczkowy 0 - 60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

- staw międzypaliczkowy 0 - 80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

- odwodzenie 0 - 50°

- przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródreżczo-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm

- opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródreżczo-paliczkowych na wysokości III stawu śródreżczo-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm.

PALEC WSKAZUJĄCY	Prawy/ Lewy
137. Utrata w obrębie wskaziciela - w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa opuszki	1 - 2/ 1
b) utrata paliczka paznokciowego	3 - 5/ 2 - 3
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	5 - 10/ 4 - 8
d) utrata paliczka środkowego	10/ 8
e) utrata trzech paliczków	15/ 10
f) utrata wskaziciela z kością śródreżca	15 - 20/ 10 - 15
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 2 / 1
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 40%	2 - 4/ 1 - 3
c) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41 - 70%	7 - 11/ 5 - 7
d) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12 - 15/ 8 - 10
e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródreżca	15 - 20/ 10 - 15
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	Prawy/ Lewy
139. Palec trzeci (III), czwarty (IV) i piąty (V) - w zależności od poziomu utraty (ocena za każdy palec osobno):	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki, trwała utrata płytki paznokciowej	1 - 2/ 1
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	1 - 3/ 1 - 2
c) utrata dwóch paliczków	5 - 8/ 4 - 7
d) utrata trzech paliczków	8 - 10/ 7 - 10

e) utraty mnogie:	
i. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35/ 25
ii. całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25/ 20
iii. całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12/ 8
iv. całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20/ 15
v. całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	45/ 40
vi. całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	40/ 35
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródrečca:	10 - 20/ 10 - 15
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:	
a) niewielkie zmiany, ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1 - 2/ 1 - 2
b) zmiany średniego stopnia, ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3 - 5/ 2 - 4
c) ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1 - 5/ 1 - 4
d) ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6 - 10/ 5 - 8
UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa ręki nie może przekroczyć 55% - prawej i 50% - lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w p. 140 c.	

ZAKRESY RUCHOMOŚCI – PALCE II – V:

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

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

STAW BIODROWY

142. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) odjęcie powyżej ½ uda	60
143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2 - 12
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	12 - 24
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	24 - 40
144. Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30 - 35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35 - 45
145. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
146. Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
a) bez ograniczeń funkcji	15
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	15 - 25
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	25 - 45
UWAGA: Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO:

zgięcie 0 - 120°, wyprost 0 - 20°, odwodzenie 0 - 50°, przywodzenie 0 - 40°, rotacja (obracanie) na zewnątrz 0 - 45°, rotacja do wewnątrz 0 - 50°.

UDO

147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany i skrócenie w zakresie 0-3 cm	1 - 15
b) średnie zmiany lub skrócenie w zakresie 3,1-5 cm	15 - 30
c) duże zmiany lub skrócenie powyżej 5 cm	30 - 40

148. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny, opóźniony wzrost kości – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40 - 60
149. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
a) niewielkiego stopnia	1 - 5
b) średniego stopnia	5 - 10
c) znacznego stopnia	10 - 20
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.	
150. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5 - 30
151. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się wg punktu 147 zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o	5
152. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 147 - 150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10 - 60
UWAGA: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 147 - 152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.	
153. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55 - 60
KOLANO	
154. Złamania kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg poz. 155, 156:	
a) utrata ruchomości w zakresie 0° - 40° za każde dwa stopnie ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 41° - 90° za każde 5 stopni	1
c) utrata ruchomości w zakresie 91° - 120° za każde 10 stopni ubytku ruchu	1
d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0° - 15°)	25
e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155. Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowa ocenia się wg poz. 154.	
a) niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	1 - 5
b) niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	5 - 15
c) niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	15 - 20
d) niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	20 - 25
e) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej, itp.)	25 - 35
156. Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamanie rzepki, w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości. Ocenia się wg poz. 154, zwiększając stopień inwalidztwa o	1 - 7
UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%.	
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
UWAGA: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	
PODUDZIE	
158. Złamanie kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany lub skrócenie kończyny w zakresie 0 - 3 cm	5 - 10
b) średnie zmiany lub skrócenie kończyny w zakresie 3,1 - 5 cm	10 - 25
c) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny powyżej 5 cm	25 - 35
159. Izolowane złamanie strzałki - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1 - 3
160. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	5 - 10
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10 - 20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45 - 50
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	

STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA

162. Uszkodzenie stawu skokowo – goleniowego i skokowo- piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
c) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	10 - 20
d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
163. Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	20 - 30
c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
164. Złamania kości skokowej lub piętowej - w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
165. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20 - 30
b) całkowita utrata	30 - 40
166. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10 - 20
167. Złamania kości śródstopia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
a) I lub V kości śródstopia:	
i. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1 - 4
ii. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5 - 10
b) II, III lub IV kości śródstopia:	
i. niewielkie zmiany	1 - 3
ii. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4 - 7
c) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	5 - 15
168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 167 zwiększając stopień inwalidztwa o	5
169. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1 - 4
b) średnie zmiany	5 - 10
c) duże zmiany	10 - 15
170. Utrata stopy w całości	45
171. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
172. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
173. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20 - 30

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU SKOKOWEGO:

zgięcie grzbietowe 0 - 20°, zgięcie podeszwowo 0 – 40 - 50°, nawracanie 0 - 10°, odwracanie 0 - 40°, przywodzenie 0 - 10°, odwodzenie 0 - 10°.

UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.

PALCE STOPY

174. Uszkodzenie palucha - w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1 - 4
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5
c) utrata całego palucha	10
175. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 2

b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	3 - 5
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	6 - 8
176. Utrata palucha:	
a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10 - 15
b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	20
c) wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	25
177. Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) częściowa utrata	1
b) całkowita utrata	2
c) całkowita strata czterech palców stóp	10
d) znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1 - 2
178. Utrata palca V z kością śródstopia	3 - 8
179. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	3 - 5
180. Uszkodzenia II, III, IV i V palca - zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie	1 - 5

ZAKRESY RUCHOMOŚCI PALCÓW STOPY:

- zgięcie 0° – 40° (czynne), 0° – 60° (bierne);
- wyprost 0° – 45° (czynne), 0° – 80° (bierne).

UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	Prawy/ Lewy
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5 - 15
b) nerwu piersiowego długiego	5 - 15/ 5 - 10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25/ 2 - 20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25/ 2 - 20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 45/ 2 - 35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkątowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5 - 30/ 3 - 25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25/ 2 - 15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 15/ 1 - 10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4 - 40/ 3 - 30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 20/ 2 - 15
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 25/ 1 - 20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10 - 25/ 5 - 20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15 - 45/ 10 - 40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1 - 15
o) nerwu zastonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 15
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3 - 20
r) nerwu sromowego wspólnego	3 - 25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	10 - 60
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5 - 30
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5 - 20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	30 - 60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1 - 10
UWAGA: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego	
182. Kausalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia	30 - 50
UWAGA: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.	

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.

Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.

Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% uszczerbku, na tułowie za 3% TBSA – 1% uszczerbku.