

Między Nami Gold

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	3
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (kata produktu)	5
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (GRU) o symbolu BRP-0120	21
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (GRU) o symbolu BRP-0120	22
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW) o symbolu BRP-0220	29
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW) o symbolu BRP-0220	30
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) o symbolu BRP-0320	31
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) o symbolu BRP-0320	32
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU) o symbolu BRP-0420	34
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU) o symbolu BRP-0420	35
Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	37
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPOP2) o symbolu BRP-0520	52
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPOP2) o symbolu BRP-0520	53
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby (GPOP1) o symbolu BRP-0620	55
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby (GPOP1) o symbolu BRP-0620	56
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) o symbolu o symbolu BRP-0720	58
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) o symbolu BRP-0720	59
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GOCN) o symbolu BRP-0820	61
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GOCN) o symbolu BRP-0820	62
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) o symbolu BRP-0920	67
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) o symbolu BRP-0920	68
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) o symbolu BRP-1020	70
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) o symbolu BRP-1020	71



Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNPW) o symbolu BRP-1120	73
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNPW) o symbolu BRP-1120	74
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ1) o symbolu BRP-1220	76
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ1) o symbolu BRP-1220	77
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) o symbolu BRP-1320	80
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) o symbolu BRP-1320	81
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) o symbolu BRP-1420	83
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) o symbolu BRP-1420	84
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) o symbolu BRP-1520	86
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) o symbolu BRP-1520	87
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) o symbolu BRP-1620	89
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) o symbolu BRP-1620	90
Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) o symbolu BRP-1620	94
Informacje dotyczące Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (ekspertka opinia medyczna) (GEOM) o symbolu BRP-1720	95
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (ekspertka opinia medyczna) (GEOM) o symbolu BRP-1720	96
Aneks nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-0120 oraz ogólnych warunków dodatkowych indywidualnych ubezpieczeń	98
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0120	100



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

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

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnne uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraniem umów ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



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

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

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

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

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

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

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

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

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

innemu administratorowi danych.

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

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

Informacja o wymogu podania danych:

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

Indywidualne ubezpieczenie na życie

Między Nami Gold

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Między Nami Gold (GRU) OWU BRP-0120**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. (zwane dalej OWU) oraz Polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dział I, I grupa ustawowa. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku. Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na okres kolejnego roku, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

życie i zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
- zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są § 4 OWU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie Karencji lub miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy, z zastrzeżeniem zapisów w § 9 ust. 2 OWU.

Szczegółowe informacje dotyczące wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 9 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną Składkę,
- składać zawiadomienia i oświadczenia na piśmie i wysyłać je listownie,
- informować Towarzystwo o zmianie siedziby i adresu korespondencyjnego.

Ubezpieczający ma prawo:

- odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia,
- odstąpić od umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia,
- rozszerzyć zakres odpowiedzialności Towarzystwa o następujące Ubezpieczenia dodatkowe:

- na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNW) OWDU BRP-0220,
- na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (GWK) OWDU BRP-0320,
- na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GTU) OWDU BRP-0420,
- na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPOP2) OWDU BRP-0520,
- na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby (GPOPI) OWDU BRP-0620,
- na wypadek Pobytu na OIOM (GOIOM) OWDU BRP-0720,
- na wypadek Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GOCN) OWDU BRP-0820,
- na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GPRN) OWDU BRP-0920,
- ze świadczeniem aptecznym (GPSA) OWDU BRP-1020,
- na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GNPW) OWDU BRP-1120,
- na wypadek Poważnego zachorowania (GPZI) OWDU BRP-1220,
- na wypadek śmierci Małżonka (GZW) OWDU BRP-1320,
- na wypadek śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GWN) OWDU BRP-1420,
- na wypadek śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (GDN) OWDU BRP-1520,
- na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) OWDU BRP-1620,
- na wypadek dolegliwości zdrowotnej (ekspertka opinia medyczna) (GEOM) OWDU BRP-1720.

Szczegółowe warunki ubezpieczeń dodatkowych, w tym przedmiot ubezpieczenia, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasady wypłaty świadczeń, zawarte zostały w odpowiednich OWDU.

- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka płatna jest:

- z góry: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie,
- w terminie: najpóźniej w 1 dniu okresu, za który jest należna.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Odpowiedzialność rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie. Dniem początku Okresu ubezpieczenia jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
- w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę w pełnej wysokości i nie zapłacono Składki w pełnej wysokości za kolejny okres z zachowaniem postanowień § 8 OWU.

Jak zawnioskować o wypłatę Świadczenia?

Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane:

- w § 14 ust. 4 pkt 1) - 4) i pkt 6) OWU z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- w § 14 ust. 4 pkt 1), 2), 5) i 6) OWU z tytułu choroby śmiertelnej.

Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania Świadczeń, zasad ustalania i wypłaty Świadczenia wskazane są w § 14, § 15 oraz w § 10 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpić od umowy w terminach wskazanych w OWU,
- wypowiedzieć na piśmie umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne na koniec miesiąca kalendarzowego).

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIACH DODATKOWYCH DO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI GOLD (GRU)

Poniżej przedstawiamy podstawowe informacje dotyczące Ubezpieczeń dodatkowych, umożliwiających rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Między Nami Gold – ich przedmiocie i zakresie ubezpieczenia, zasadach wypłaty Świadczeń oraz istotnych ograniczeniach odpowiedzialności Towarzystwa.

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

W przypadku zawarcia umowy Ubezpieczenia dodatkowego, z tytułu świadczonej ochrony należna jest Składka ubezpieczeniowa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, płatna jednocześnie ze Składką z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW) OWDU BRP-0220

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

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

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

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomania, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK) OWDU BRP-0320

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

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

• śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego. Wypadek komunikacyjny – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległ Ubezpieczony jako pieszy albo pasażer bądź kierujący którymkolwiek z tych pojazdów. Pełne definicje Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego oraz Statku powietrznego wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego z tytułu śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego, potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomania, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych:

- powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, jeżeli Pojazd albo Statek morski lub śródlądowy albo Statek powietrzny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku

komunikacyjnego.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU) OWDU BRP-0420

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

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

• wystąpienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

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

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

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu załączonej do OWDU oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

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

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczenie wypłacane jest w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i potwierdzonej w Polisie.

Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

Świadczenie jest należne, jeżeli zostały spełnione łącznie następujące warunki:

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

b) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności wskazane są w § 3 i § 4 OWDU oraz w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu załączonej do OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami

terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Maksymalna łączna wysokość świadczeń w stosunku do Ubezpieczonego wynosi 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Brak odpowiedzialności w zakresie Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- wypłaty Świadczenia w wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOP2) OWDU BRP-0520

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

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

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

Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej

jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

Definicja Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest zasiłek dzienny, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wypłacany za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia (z zastrzeżeniem § 5 ust. 5 OWDU),

2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

1) miał miejsce w:

- szpitalu psychiatrycznym,
- szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- hospicjum,
- domu opieki,
- ośrodka wypoczynkowego,
- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,

2) nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:

- atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,

- nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
- rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
- leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
- leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy: zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub poród miał przebieg patologiczny, lub nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
- wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miażdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,
- pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,
- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

Odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 Dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 5 ust. 5 OWDU.

W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 Dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOPI) OWDU BRP-6018

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

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby.
- Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz położu.
- Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi

z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

Definicja Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby wskazana jest w § 2 OWDU.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest zasiłek dzienny, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, wypłacany za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby.

Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 5 ust. 8 OWDU,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

1) miał miejsce w:

- szpitalu psychiatrycznym,
- szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- hospicjum,
- domu opieki,
- ośrodka wypoczynkowego,
- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,

2) nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:

- atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
- nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
- rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi, jeżeli przyczyną ich wykonania nie jest Choroba,
- leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
- leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
- leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy: zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub poród miał przebieg patologiczny, lub nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
- wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- zabiegami chirurgii kosmetycznej,
- pobytem obserwacyjnym,
- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

Okres Karencji wynosi 6 miesięcy, z uwzględnieniem zapisów § 5 ust. 2 OWDU.

Odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 Dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zapisów § 5 ust. 7 OWDU.

W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 Dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zapisów § 5 ust. 7 OWDU.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM) OWDU BRP-0720

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu na OIOM?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- Pobyt Ubezpieczonego na OIOM.

Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej, a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim Unii Europejskiej wystąpi z Unii Europejskiej, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka

medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

Pobyt na OIOM – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu na OIOM uważa się za pełny.

Definicje Szpitala oraz OIOM-u wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest świadczenie w postaci zasiłku jednorazowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.

- Świadczenie z tytułu Pobytu na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

3) Pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni.

- Świadczenie z tytułu Pobytu na OIOM w następstwie Choroby zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,

- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,

- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,

- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
- nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,

- rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
- leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,

- leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
- leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,

- leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem,

- położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy: zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub poród miał przebieg patologiczny, lub nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,

- wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

- zabiegami chirurgii kosmetycznej,
- pobytem obserwacyjnym,

- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
- karencja wynosi 6 miesięcy, z zastrzeżeniem zapisów § 5 ust. 2 OWDU.
- w przypadku kilkukrotnego Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w ramach danego, trwającego nieprzerwanie pobytu w Szpitalu wypłata Świadczenia ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GOCN) OWDU BRP-0820

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznej?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wskazana w Tabeli operacji chirurgicznych w OWDU.

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

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

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego wypłacane jest Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych odpowiedniej część sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polsce.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 oraz § 4 OWDU oraz w Tabeli operacji chirurgicznych.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w związku:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego

umyślnego przestępstwa,

- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

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

- leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,
 - leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna została wykonana w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowym,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

- W przypadku Operacji chirurgicznej mającej miejsce w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli ta Operacja chirurgiczna miała miejsce w 31 dniu lub kolejnych dniach nieprzerwanej Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

- Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych mających miejsce w tym Roku okresu ubezpieczenia.

- Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu, chyba że Operacja jest wynikiem innego Nieszczęśliwego wypadku.

- W przypadku drugiej lub kolejnej Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta Operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

- W przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku mających miejsce w czasie jednej Hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za Operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe Świadczenie.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN) OWDU BRP-0920

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe: Rekonwalescencja Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Rekonwalescencja – pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Pełne definicje Rekonwalescencji, Szpitala oraz Pobytu w Szpitalu wskazane są w § 2 OWDU; definicja Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w § 2 OWU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest zasiłek dzienny, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wypłacany za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 14 dni,
- 3) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego miał miejsce w:

- szpitalu psychiatrycznym,
- szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej,
- hospicjum,
- domu opieki,
- ośrodka wypoczynkowego,

- szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja, miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia:
- za nie więcej niż 30 dni z tytułu danej Rekonwalescencji,
 - łącznie za nie więcej niż 90 dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE ZE ŚWIADCZENIEM APTECZNYM (GPSA) OWDU BRP-I020

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- konieczność zakupu leków w aptece po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub w następstwie Choroby.

Pełne definicje Szpitala, Pobytu w Szpitalu oraz Choroby wskazane są w § 2 OWDU; definicja Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest § 2 OWU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest Świadczenie jednorazowe, w wysokości sumy

Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

1) w przypadku konieczności zakupu leków w aptecce po Pobytku w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

- Pobytek w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobytek w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 2 dni,
- Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

2) w przypadku konieczności zakupu leków w aptecce po Pobytku w Szpitalu w następstwie Choroby:

- Pobytek w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobytek w Szpitalu w następstwie Choroby trwał co najmniej 4 dni.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobytek w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptecce, miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowego,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Pobytek w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptecce, miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobytek w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptecce miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,

- nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
- rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
- leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
- leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
- leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy: zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub poród miał przebieg patologiczny, lub nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
- wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- zabiegami chirurgii kosmetycznej,
- pobytem obserwacyjnym,
- koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
- okresem karencji wynosi 6 miesięcy, z zastrzeżeniem zapisów § 5 ust. 2 OWDU.

Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do:

- wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 3 razy w danym Roku okresu Ubezpieczenia,
- wypłaty jednego Świadczenia z tytułu danego Pobytu w Szpitalu.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW) OWDU BRP-1120

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – powstała w Okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia.

Pełna definicja Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w § 2 OWDU; definicja Nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w § 2 OWU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 i § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZI), OWDU BRP-1220

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- wystąpienie w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w OWDU.

Definicje poszczególnych Poważnych zachorowań wskazane są w § 2 OWDU.

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Poważne zachorowania: Niewydolność nerek, Operację aorty, Przeszczep narządu, Udar mózgu, Operację wszczepienie zastawki serca, Operację pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), Zawał serca.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania.

Odpowiedzialność ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Poważnego zachorowania brak odpowiedzialności z tego tytułu.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3, § 4, § 5 oraz § 6 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie miało miejsce w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających,
- prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień,
- prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania,
- Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Okres karencji wynosi 6 miesięcy, z zastrzeżeniem zapisów w § 5 ust. 2 OWDU.

• Brak odpowiedzialności z tytułu Zawału serca, jeżeli jest to drugi lub kolejny Zawał serca w życiu Ubezpieczonego.

• W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Świadczenie nie zostanie wypłacone, chyba że Poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Poważnym zachorowaniem, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

• W przypadku Zawału serca i Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregośkolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW) OWDU BRP-1320

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- śmierć Małżonka Ubezpieczonego.

Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Za Małżonka uważa się także Partnera. Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim, niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej jednego roku i o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Partnerem jest wyłącznie osoba imiennie wskazana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku zmiany Partnera w Okresie ubezpieczenia osoba wskazana przez Ubezpieczającego pisemnie do Siedziby Towarzystwa

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień śmierci Małżonka.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 oraz § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie Karencji lub miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- 2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka umyślnego przestępstwa,
- 4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- 5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 7) prowadzeniem przez Małżonka Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym,

niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,

- 2) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- 3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,
- 4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 5) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- 6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,
- 7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
- 8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- 9) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Małżonek Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

- okres Karencji wynosi 6 miesięcy z zastrzeżeniem zapisów § 5 ust. 2 OWDU.

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU oraz w § 9 OWU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN) OWDU BRP-1420

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

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- śmierć Małżonka Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie

z obowiązującymi przepisami prawa. Za Małżonka uważa się także Partnera. Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim, niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej jednego roku i o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Partnerem jest wyłącznie osoba imiennie wskazana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku zmiany Partnera w Okresie ubezpieczenia osoba wskazana przez Ubezpieczającego pisemnie do Siedziby Towarzystwa.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Małżonka.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 2) śmierć Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.
- Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 oraz § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
 - 2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
 - 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka umyślnego przestępstwa,
 - 4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
 - 5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) prowadzeniem przez Małżonka Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

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

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,
- 2) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,

4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

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

6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,

7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,

8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

9) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawianiem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Małżonek Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN) OWDU BRP-1520

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na wypadek Nieszczęśliwego wypadku?

Przedmiot ubezpieczenia: wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Dziecko – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Świadczeniem jest suma Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Dziecka.

Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Dziecka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 oraz § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Dziecka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
- 2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
- 3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko umyślnego przestępstwa,
- 4) samobójstwem popełnionym przez Dziecko w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,
- 5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Dziecko Pozostające pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Dziecko bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 7) prowadzeniem przez Dziecko Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,
- 2) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- 3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,
- 4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 5) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Dziecka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
- 6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,
- 7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
- 8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdzystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- 9) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zazywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy

odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

• Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

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

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOEA) OWDU BRP-1620

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego oraz wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje następujące Świadczenia:

- Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,
- zdrowotne usługi informacyjne,
- pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa,
- infolinia kardiologiczna.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, w ramach Ubezpieczenia dodatkowego, zawartego na podstawie OWDU, polegające na:

- Pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- wystąpieniu w życiu Ubezpieczonego Pogorszenia się stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego,
- w przypadku Pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej, za Zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5 OWDU.

Pogorszenie się stanu zdrowia – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego Choroby lub doznanie przez Ubezpieczonego lub Małżonka Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Pełne definicje Zdarzenia ubezpieczeniowego, Pogorszenia się stanu zdrowia, Hospitalizacji oraz Szpitala wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Świadczenia:

- 1) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,
- 3) zdrowotne usługi informacyjne,
- 5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa,
- 6) infolinia kardiologiczna.

Towarzystwo spełni odpowiednie Świadczenie, wskazane powyżej jedynie w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie:

- 1) Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w Okresie ubezpieczenia lub Choroba została po raz pierwszy zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub
- 2) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

Zakres świadczeń oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne Świadczenia określone są w Załączniku do OWDU.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 oraz § 4 OWDU.

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

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w OWDU i ponadto nie obejmuje:

- zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- Świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego,
- kosztów zakupu leków,
- kosztów wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego,
- kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych,
 - epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu,
 - Chorób psychicznych,
 - popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
 - zawodowego, amatorskiego lub rekreacyjnego uprawiana: sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - Chorób przewlekłych.

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

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

DODATKOWE INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNEJ (EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA) (GEOM) OWDU BRP-1720

Co jest przedmiotem dodatkowego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- wystąpienie u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej w Okresie ubezpieczenia.

Dolegliwość zdrowotna – Choroba lub Uraz doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli, zdiagnozowany przez Lekarza prowadzącego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, wyłącznie z zakresu:

- onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
 - kardiologii i kardiologii – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyniowe,
 - neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z Urazu,
 - ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, Choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.
- Eksperska opinia medyczna (EOM) – ocena Dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z Instytucji medycznej, wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących Dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym ww. opinię.

Pełne definicje Dolegliwości zdrowotnej, Choroby, Urazu oraz Eksperskiej opinii medycznej wskazane są w § 2 OWDU.

Suma ubezpieczenia i Świadczenie:

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej, Towarzystwo spełni Świadczenie, wydając i przekazując Ubezpieczonemu EOM, obejmującą:

- 1) weryfikację diagnozy postawionej przez Lekarza prowadzącego (jeśli była postawiona),
- 2) weryfikację planu leczenia zaleconego przez Lekarza prowadzącego (jeśli był zalecony),
- 3) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej Dolegliwości zdrowotnej,
- 4) propozycję optymalnego planu leczenia,
- 5) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
- 6) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym Ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
- 7) w przypadkach uzasadnionych EOM – Asysta prawna.

Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo. Zakres świadczeń oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne Świadczenia określone są w Załączniku do OWDU.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 oraz § 4 OWDU.

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

- Okres karencji wynosi 2 miesiące, z zastrzeżeniem zapisów w § 5 ust. 2 OWDU.
- Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch Świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.
- Stopień kompletności Eksperskiej Opinii Medycznej zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy Dolegliwości zdrowotnej

Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 5 OWDU.

Kiedy wygasa ochrona z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego?

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia, w przypadku uznania drugiego roszczenia o Świadczenie w danym Roku okresu ubezpieczenia.
- 4) ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI GOLD (GRU)
BRP-0120**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 4, § 14, § 15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 4, § 9



MIĘDZY NAMI GOLD OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BRP-0120

§ 1. WSTĘP

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0120 (OWU) mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie, w których stroną jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwana dalej Towarzystwem i stanowią integralną część Umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia użyte w OWU oznaczają:

1. Ubezpieczony – osoba fizyczna, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 72 lata, której życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego na podstawie OWU lub Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń dodatkowych (OWDU).

2. Ubezpieczający – Ubezpieczony zawierający Umowę ubezpieczenia zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

3. Uposażony – osoba wyznaczona przez Ubezpieczającego, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

4. Uposażony zastępczy – osoba wyznaczona przez Ubezpieczającego, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w sytuacji, gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 5.

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

6. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa, muszą być ustalone przez jednego lekarza specjalistę lub dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji, specjalizujących się w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą, będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.

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

8. Dotychczasowa umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia na życie lub indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia, a także umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie, z tytułu której Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w okresie przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia i z tytułu której ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego wygaśnie w miesiącu kalendarzowym poprzedzającym Okres ubezpieczenia

lub w pierwszym miesiącu Okresu ubezpieczenia. Za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko tę umowę ubezpieczenia, która została wskazana przez Ubezpieczającego przy wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

9. Karencja – okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa przez okres wskazany w OWU lub OWDU, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku.

10. Lekomania (inaczej: zależność lekowa lub lekozależność) – uzależnienie od leków, forma toksykomanii, która wywołuje stan psychiczny lub fizyczny, wynikający z interakcji leku i żywego organizmu, charakteryzujący się zmianami zachowania zawsze łącznie z przymusem stałego lub okresowego zażywania leku, w celu doznania oczekiwanego efektu psychicznego lub fizycznego lub w celu uniknięcia zespołu abstynencyjnego związanego z brakiem leku.

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

12. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie Umowy ubezpieczenia, liczony od dnia potwierdzonego w Polisie, którym jest zawsze pierwszy dzień miesiąca. W Okresie ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek.

13. Pojazd mechaniczny – pojazd kołowy, napędzany silnikiem, służący do transportu ludzi, zwierząt lub przedmiotów oraz do ciągnięcia przyczep lub naczep. W rozumieniu OWU za Pojazd mechaniczny uważa się:

1) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepę,

2) pojazd wolnobieżny, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym.

14. Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo dla Ubezpieczającego, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki.

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

16. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica dnia początku Okresu ubezpieczenia Ubezpieczonego potwierdzonego w Polisie.

17. Rok okresu ubezpieczenia – okres od dnia początku Okresu ubezpieczenia do dnia poprzedzającego Rocznicę ubezpieczenia oraz każdy okres pomiędzy Rocznicą ubezpieczenia a dniem poprzedzającym następną Rocznicę ubezpieczenia.

18. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 17 ust. 7 i ilekroć w OWU



mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

19. Składka ubezpieczeniowa (Składka) – kwota należna Agentowi ubezpieczeniowemu z tytułu Umowy ubezpieczenia za okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową obejmująca należności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i Ubezpieczeń dodatkowych. Częstotliwość opłacania Składki jest potwierdzona w Polisie.

20. Środki odurzające – środki odurzające lub substancje psychotropowe, nowe substancje psychoaktywne lub środki zastępcze w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

21. Świadczenie – kwota przewidziana Umową ubezpieczenia wypłacana przez Towarzystwo z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

22. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

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

24. Umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem, a Ubezpieczającym na podstawie OWU oraz odpowiednich OWDU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe i Ubezpieczenia dodatkowe.

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

26. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie przewidziane w Umowie ubezpieczenia, którego zaistnienie powoduje powstanie roszczenia o Świadczenie na zasadach określonych w OWU lub odpowiednich OWDU.

27. Agent ubezpieczeniowy (Agent) – agent ubezpieczeniowy lub agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające, w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie oraz zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w Ubezpieczeniu podstawowym obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
 - 2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.
2. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i pomniejszonej o wypłacone Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej.
3. W razie wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia

Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż 300.000 zł.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 jest należne, o ile w dacie wypłaty tego Świadczenia Ubezpieczony żyje.

5. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności w zakresie Ubezpieczeń dodatkowych może nastąpić za zgodą Towarzystwa na podstawie odpowiednich OWDU.

6. Wykaz odpowiednich Ubezpieczeń dodatkowych, którymi jest objęty Ubezpieczony w ramach Umowy ubezpieczenia, jest potwierdzony w Polisie.

§ 5. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia potwierdzonym w Polisie.

2. Dniem początku Okresu ubezpieczenia jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego, który nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa i zapłaty pierwszej Składki.

3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.

4. Po okresie wskazanym w ust. 3, Umowa ubezpieczenia może zostać przedłużona na okres kolejnego roku, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia drugiej stronie o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia do dnia upływu każdego Roku okresu ubezpieczenia.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa w najbliższym z następujących dni:

- 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
- 3) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę w pełnej wysokości i nie zapłacono Składki w pełnej wysokości za kolejny okres z zachowaniem postanowień § 8.

§ 6. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie następujących czynników:

- 1) wieku osoby wnioskującej o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- 2) długości okresu Karencji,
- 3) wysokości Świadczenia,
- 4) zakresu ubezpieczenia.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej jest potwierdzona w Polisie.

§ 7. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK

1. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki z ustaloną przy zawarciu Umowy ubezpieczenia częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną.

2. Składka z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze Składką z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

3. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia z góry, najpóźniej w I dniu okresu, za który jest należna, według obowiązującej w Umowie ubezpieczenia częstotliwości opłacania Składki.

4. Ubezpieczający wpłaca Składkę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do Polisy. Za dzień



zapłaty Składki uznaje się dzień, w którym kwota Składki została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za okres, za który jest należna.

§ 8. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI

1. W razie niezapłacenia Składki w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności Składki, Towarzystwo wezwie pisemnie Ubezpieczającego do zapłaty Składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki.

2. Jeżeli Składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 9. OKRESOWE OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Jeżeli Ubezpieczony do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 3-4.

3. Jeżeli Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 2, był objęty 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 wypłaci Świadczenie w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

2) krótszy niż okres Karencji, to:

a) w okresie liczonym od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu Karencji i okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, stosuje się Karencję na zasadach ogólnych, co oznacza że Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które w tym okresie wystąpi,

b) po upływie okresu określonego w lit. a), Towarzystwo wypłaci 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.

4. Postanowienia ust. 2 i 3, mają zastosowanie pod warunkiem, że Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 2, ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niego nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia i Umowy ubezpieczenia.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie Karencji lub miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

4) samobójstwem popełnionym przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Ubezpieczonego:

a) Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

b) bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

c) bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

6) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

6. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich OWDU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną na postawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem,

2) chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania,

3) uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,

4) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

5) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,

6) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy dana osoba podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

7) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału danej osoby w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

8) następstw błędów medycznych,

9) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

10) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

7. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną na podstawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub używaniem



Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego dana osoba Pozostawała pod wpływem alkoholu, leków lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 10. UPOSAŻENI

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, zarówno przy składaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, jak i w Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczający powinien określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczający określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób wynosi zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczającego.

2. W przypadku gdy Ubezpieczający wskaże tylko jednego Uposażonego, przysługuje mu prawo wskazania jednego Uposażonego zastępczego. W sytuacji gdy w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami ust. 5, wówczas prawo do Świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.

3. Wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego może zostać zmienione lub odwołane przez Ubezpieczającego w każdym czasie Okresu ubezpieczenia. Wskazanie Uposażonego zastępczego traci moc w przypadku, gdy Ubezpieczający wskazał jednego Uposażonego i Uposażonego zastępczego, a następnie dokonał wskazania kolejnego Uposażonego bez odwołania uprzednio wskazanego jednego Uposażonego – z dniem doręczenia pisemnego oświadczenia o wskazaniu kolejnego Uposażonego do Siedziby Towarzystwa.

4. Oświadczenie Ubezpieczającego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego lub Uposażonego zastępczego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

5. Wskazanie odpowiednio: Uposażonego lub Uposażonego zastępczego staje się bezskuteczne, jeżeli odpowiednio: Uposażony lub Uposażony zastępczy zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

6. Jeżeli Ubezpieczający wskazał więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregośkolwiek z Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5, wówczas część Świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym, w proporcji wynikającej ze wskazań Ubezpieczającego.

7. Jeżeli Ubezpieczający:

1) nie wskazał Uposażonych lub na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5, albo

2) wskazał jednego Uposażonego, którego wskazanie na dzień śmierci Ubezpieczonego stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 i nie wskazał Uposażonego zastępczego, albo

3) wskazał jednego Uposażonego i Uposażonego zastępczego, których wskazanie na dzień śmierci Ubezpieczonego stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5,

wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego

w następującej kolejności:

a) małżonek zmarłego,

b) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

c) wnuki zmarłego,

d) rodzice zmarłego,

e) rodzeństwo zmarłego,

f) dzieci rodzeństwa zmarłego.

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

§ 11. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo po otrzymaniu oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu część zapłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w terminie 30 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

§ 12. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa.

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

3. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 13. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

1) na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia,

2) na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia,

3) w związku z upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta,

4) w sytuacji określonej w § 8 ust. 1, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki w pełnej wysokości w dodatkowym



wyznaczonym przez Towarzystwo terminie – z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 14. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

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

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

4. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć:

1) kopię dokumentu tożsamości lub poprawnie wypełniony formularz wypisu z dokumentu tożsamości znajdujący się na stronie internetowej Towarzystwa,

2) w przypadku, gdy OWU uzależnia wypłatę lub wysokość Świadczenia od informacji określonych w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia – dokument potwierdzający wysokości Świadczeń 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,

3) w przypadku zgonu Ubezpieczonego:

a) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

b) dokument informujący o przyczynie zgonu np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego,

4) w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem Nieszczęśliwego wypadku:

a) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności Nieszczęśliwego wypadku lub w postępowaniu sądowym, o ile tego typu postępowania były prowadzone,

b) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku, o ile został wydany,

c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej,

5) w przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej

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

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

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.

6. Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia.

7. Towarzystwo może zwrócić się także o tłumaczenia przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na terytorium innego państwa niż Rzeczpospolita Polska.

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

9. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie, w powyższym terminie, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

10. Jeżeli w terminach wskazanych w ust. 9 Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami, i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.

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

1) osobę występującą z roszczeniem oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami, i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

12. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy



ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

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

14. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 12,
2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych, zgodnie z ust. 12 informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem, zgodnie z ust. 12, nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 12.

15. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 12, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

16. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 12, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

§ 15. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Świadczenie wypłacane z tytułu śmierci Ubezpieczonego pomniejszane jest o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

3. Wypłacenie Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku zapłaty Składki w dotychczasowej wysokości.

§ 16. SKŁADANIE REKLAMACJI I SKARG

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącemu, osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia Reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.

3. Reklamacja może zostać złożona w formie:

1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście,

2) telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,

3) ustnie do protokołu, podczas wizyty w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną,

4) pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną.

4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na Reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą Reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym

terminie rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

5. Odpowiedzi na Reklamacje są udzielane w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z Umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej Reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek,

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego, będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 punkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta.

6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej Reklamację; niewykonania czynności wynikających z Reklamacji, rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej Reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę Reklamację.

7. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).

8. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia Reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące Reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na Reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wolą skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

9. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwia dochodzenie roszczeń, wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 roku w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to centrala@compensa.pl.

§ 17. DOKONYWANIE ZMIAN UMOWY UBEZPIECZENIA, ZAWIADOMIENI I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia, oświadczenia składane przez strony Umowy ubezpieczenia, wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego kierowane do Towarzystwa powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie,



z zastrzeżeniem, że strony Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony mogą dokonywać zawiadomień i oświadczeń w inny uzgodniony sposób, o ile nie jest to sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa.

2. Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę Umowy ubezpieczenia.

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.

4. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczającego wymaga jego zgody.

5. W przypadku dokonania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sum ubezpieczenia lub wysokości Składki, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią, z datą obowiązywania zmiany.

6. Strony zobowiązują się wzajemnie informować o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego.

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

§ 18. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA UMOWNE

1. Do Umów ubezpieczenia stosuje się prawo polskie, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

2. Powództwo o roszczenia, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla adresu siedziby Towarzystwa), albo przed

sądem właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego (spadkobiercy Ubezpieczonego) lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia (spadkobiercy uprawnionego).

3. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,

2) Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

4. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

6. Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień Umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana, o ile i tak długo dopóki nie zostały nałożone sankcje gospodarcze, handlowe lub finansowe ani embarga przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych lub Polskę, mające bezpośrednie zastosowanie dla umawiających się stron. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarga nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.

§ 19. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
(GNW)
BRP-0220**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW) BRP-0220

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0220 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia używane w OWDU otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczeni kończą 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO
(GWK)
BRP-0320**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK) BRP-0320

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0320 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Droga – droga w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym.

2) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym. W rozumieniu OWDU za Pojazd lądowy nie uważa się:

- a) pojazdów używanych do celów specjalnych,
- b) motocykli,
- c) motorowerów,
- d) innych pojazdów jednośladowych,

chyba że Ubezpieczony uległ Wypadkowi komunikacyjnemu jako pieszy.

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

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

5) Wypadek komunikacyjny – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległ Ubezpieczony jako pieszy albo pasażer bądź kierujący którymkolwiek z tych pojazdów.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Ubezpiezonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Ubezpiezonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Ubezpiezonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpiezonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpiezonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, jeżeli Pojazd albo Statek morski lub śródlądowy albo Statek powietrzny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, chyba że stan techniczny Pojazdu, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

3. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Ubezpiezonego Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku



kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance

Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU)
BRP-0420**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU) BRP-0420

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0420 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu załączonej do OWDU oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w OWDU.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

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

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił z którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 16 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 - 7.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

2) kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

5. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

6. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

7. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,



-
- 2) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 3) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
 - 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



TABELA OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

Rodzaj uszkodzeń ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu	
A. Uszkodzenia głowy		
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych – wymagające szycia):		
a) uszkodzenia powłok czaszki blizny do 5 cm dł.	1%	
b) uszkodzenia powłok czaszki blizny powyżej 5 cm dł. – 10 cm dł.	2%	
c) znaczne uszkodzenie powłok czaszki, pod postacią rozległych ściągających blizn – w zależności od rozmiaru powyżej 10 cm dł.	5%	
d) oskalpowanie do 10 cm średnicy	8%	
e) oskalpowanie w zależności od powierzchni – powyżej 10 cm średnicy	10-20%	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki z przemieszczeniem (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja)	1-7%	
3. Ubytek w kościach czaszki:		
a) o średnicy do 2,5 cm	2%	
b) o średnicy powyżej 2,5 do 5 cm	5%	
c) o średnicy powyżej 5 cm do 10 cm	8%	
d) o średnicy powyżej 10 cm	9-15%	
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz.1), należy osobno oceniać stopień trwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz.1.		
4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	1-10%	
5. Porażenie i niedowłady połowicze:		
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100%	
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80%	
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60%	
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35%	
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:		
kończyna górna – wg skali Lovett'a	Prawa	Lewa
0°	40%	30%
1 – 2°	30-35%	20-25%
3 – 4°	5-20%	5-15%
kończyna dolna – wg skali Lovett'a		
0°	40%	
1 – 2°	30%	
3 – 4°	5-15%	
6. Zespoły pozapiramidowe:		
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający stałej opieki innej osoby	100%	
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-70%	
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-20%	
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:		
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%	
b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	50-60%	
c) utrudniające chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	20-40%	
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-10%	
8. Padaczka (jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu):		
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30-40%	
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20-30%	
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10-20%	
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10%	

Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9 poniżej.

**9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):**

a) ośpienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100%
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60%
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25%

Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).

10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:

a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1%
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość – objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5%

11. Zaburzenia mowy:

a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	70%
b) afazja całkowita motoryczna	35-50%
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30%
d) afazja nieznacznego stopnia	1-10%

12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):

a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15%

13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:

a) nerwu okoruchowego	2-10%
b) nerwu błoczkowego	2%
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	2-5%

14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:

a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%

15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:

a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%

Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49 poniżej.

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, polykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:

a) jednostronne	5%
b) obustronne	15%

17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:

a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%

18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:

a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%

19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian

B. Uszkodzenia twarzy	1-9%
------------------------------	------

20. Uszkodzenia powłok twarzy – wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpecenia):

a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%

21. Uszkodzenia nosa:

a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%



c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%

22. Całkowita utrata zęba stałego:

a) siekacza lub kła – za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%

23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:

a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%

24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:

a) częściowa (powyżej 30%)	8-10%
b) całkowita	30%

25. Ubytek podniebienia:

a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%

26. Ubytki języka:

a) bez zaburzeń mowy i połykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27.

a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu trwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (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
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%	75%
0,1 (1/10)	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

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

b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8%
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40%

28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:

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

29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:

a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie płamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	

**30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:**

a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	

31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)

wg tabeli z poz. 27a

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:

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

33. Połowicze niedowidzenia:

a) dwuskroniowe	20-50%
b) dwunosowe	10-20%
c) jednoimienne	20%

34. Bezsoczewkowatość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:

a) w jednym oku	20%
b) w obu oczach	35%

35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:

a) w jednym oku	wg tabeli z poz. 27a
b) w obu oczach	wg tabeli z poz. 27a

36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):

a) w jednym oku	1-8%
b) w obu oczach	5-12%

37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka

wg tabeli z poz. 27a

Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.

38. Jaskra – ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu

wg tabeli z poz. 27a i 32

39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:

a) jednostronny	30%
b) obustronny	60%

40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej

wg tabeli z poz. 27a

41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:

a) zmiany niewielkie	2%
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki	wg tabeli z poz. 27a

D. Uszkodzenia narządu słuchu**42. Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli (obliczanie procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena w mod.):**

Ucho prawe	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%
Pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uwaga: oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43. Urazy małżowiny usznej:

a) rany małżowiny usznej – wymagające szycia	1%
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)	2-5%
c) utrata jednej małżowiny	15%



44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego (pourazowe):	
a) jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z poz. 42
b) obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):	
a) jednostronne	1-5%
b) obustronne	6-10%
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):	
a) jednostronne	5-10%
b) obustronne	11-20%
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)	wg tabeli z poz. 42
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40%
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50%
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30%
b) dwustronne	20-60%
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5%
b) znaczne upośledzenie polykania lub artykulacji	6-15%
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5-20%
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	15-40%
b) z bezgłosem	50%
53. Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10%
b) z niewydolnością oddechową – potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11-50%
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5-20%
b) odżywianie tylko płynami	21-40%
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45%
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (powyżej 20 cm długości lub powyżej 10 cm ²) z niesymetrycznym ustawieniem głowy	8%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 88 poniżej.	
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1%
b) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 10 cm długości) ze zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe (powyżej 25 cm długości lub powyżej 15 cm ²) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	10%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5%

**58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:**

a) częściowa	1-9%
b) całkowita	10-20%

59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:

a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	2-5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10%

60. Złamanie mostka:

a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3-5%

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):

a) bez niewydolności oddechowej	2-4%
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30%

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc

20-40%

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):

a) z wydolnym układem krążenia	5%
b) z objawami niewydolności układu krążenia – I stopień wg NYHA	10%
c) z objawami niewydolności układu krążenia – II stopień wg NYHA	20%
d) z objawami niewydolności układu krążenia – III stopień wg NYHA	21-30%
e) z objawami niewydolności układu krążenia – IV stopień wg NYHA	31-60%

64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:

a) bez zaburzeń funkcji – po leczeniu operacyjnym	4%
b) zaburzenia średniego stopnia	8%
c) zaburzenia dużego stopnia – z niewydolnością oddechową	15%

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa**65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:**

a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowej	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%

Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe.

66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:

a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	20%

67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczenia się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:

a) jelita cienkiego	40%
b) jelita grubego	30%

68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń

3-10%

69. Uszkodzenia odbytnicy:

a) pełnościennne uszkodzenie leczone operacyjnie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4%
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15%

70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów

50%

71. Uszkodzenie śledziony:

a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10%
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15%

**72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:**

a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych – utrata pęcherzyka żółciowego	5%
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8%
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15%
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20%

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych**73. Uszkodzenie nerek:**

a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – leczone operacyjnie)	5%
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15%

74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej

20%

75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki

30%

76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:

a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%

77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:

a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%

78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)

10-40%

79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) – potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:

a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10%
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20%

80. Utrata prącia

40%

81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji

3-15%

82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:

a) utrata w wieku do 50 roku życia	15%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10%

83. Utrata obu jąder lub jajników:

a) utrata w wieku do 50 roku życia	30%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20%

84. Wodniak pourazowy jądra:

a) wyleczony operacyjnie	5%
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10%

85. Utrata macicy:

a) w wieku do 45 lat	35%
b) w wieku powyżej 45 lat	20%

86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:

a) pochwy	5%
b) pochwy i macicy	15%

I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi**87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:**

a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3%
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10%
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15%

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa**88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:**

a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2%
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowna powyżej 15°)	3-5%
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI z ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20%

**89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:**

a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2%
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5%
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszywnieniem (usztywnienia operacyjne)	6-10%

90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:

a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2%
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5%
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zeszywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20%

91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:

a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2%
b) złamania mnogie wyrostków	3-5%

92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:

	5%
--	----

93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:

a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100%
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch łasek	50-70%
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	20-40%
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	80%
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	40-60%
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	10-20%
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30%
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5%

K. Uszkodzenia miednicy**94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:**

a) leczone zachowawczo	3-5%
b) leczone operacyjnie	6-10%

95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:

a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5%
b) w odcinku przednim obustronnie	8%
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) bez przemieszczenia	10%
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) z przemieszczeniem – leczone operacyjnie	15%

96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):

a) I stopnia	4-6%
b) II stopnia	7-10%
c) III stopnia	11-15%
d) IV stopnia	16-30%

97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obręczy kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):

a) jednomiejscowe	3%
b) wielomiejscowe	5%

Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L. Uszkodzenia kończyny górnej**OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ**

Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).



	Prawa	Lewa
98. Złamanie łopatki:		
a) wygojone złamanie łopatki z zespołem bólowym bez deficytów ruchomości kończyny	2%	1%
b) wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wygojone złamanie łopatki ze znacznym przemieszczeniem i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamanie z dużym przemieszczeniem i przykurczem ze śladowym ruchem w stawie ramiennie-łopatkowym	15%	12%
99. Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia, blizn, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów:		
a) z niewielkim zniekształceniem kątowym bez deficytów ruchomości	3%	2%
b) wyraźne zniekształcenie ze skróceniem z ograniczeniem ruchomości do 30%	6%	4%
c) duże zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	9%	7%
100. Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny	10%	8%
101. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, blizn, stopnia zniekształcenia:		
a) uszkodzenia I° z deformacją bez ograniczenia ruchomości ze skargami subiektywnymi	2%	1%
b) deformacja, uszkodzenia II° z ograniczeniem ruchomości do 30%	5%	3%
c) wyraźna deformacja, uszkodzenia III° (bez leczenia operacyjnego), z ograniczeniem ruchomości powyżej 30% upośledzeniem funkcji kończyny	8%	6%
102. Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-101, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	4%	3%
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
103. Uszkodzenia stawu barkowego – uszkodzenie mięśni rotatorów, zwichnięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2%	1%
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	3%	2%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	10%	8%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	20%	15%
104. Zastarzałe nie odprowadzone zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny	5-25%	5-20%
105. Staw wiszący w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	20%	15%
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen ocenia się według norm neurologicznych.		
106. Zesztywnienie stawu barkowego:		
a) w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	18%	15%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	25%	20%
107. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi, protezy stawu ocenia się według pozycji 104-107, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	5%	5%
108. Utrata kończyny w barku	70%	65%
RAMIĘ		
109. Utrata kończyny wraz z łopatką	75%	70%
110. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji kończyny:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	6%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 20°, skróceniem > 3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	15%	12%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5%	5%
111. Uszkodzenia skóry (rany wymagające szycia), mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a) oszpecaenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%	
b) oszpecaenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%	
c) oszpecaenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości))	2-3%	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5%	
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	



Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójątkowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

I12. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%

ŁOKIEĆ

I13. Uszkodzenia stawu łokciowego – złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, bliższy:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2%	1%
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4%	3%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	8%	6%
e) złamania leczone pierwotną protezoplastyką	15%	12%

I14. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15%	12%
b) z barkiem ruchów obrotowych	17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25%	22%

I15. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
--	--------	-------

I16. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji I13-I15, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
--	----	----

PRZEDRAMIĘ

I17. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 20°, skróceniem > 3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5%	5%

I18. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2%	1%
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3%	2%
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6%	5%
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe, neurologiczne itp.)	8-16%	6-12%

I19. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji I17-I18, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
---	----	----

I20. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	

NADGARSTEK

I21. Złamanie kości nadgarstka w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
a) wygojone bez przemieszczenia z deficytem ruchomości do 30% zakresu	3%	2%
b) wygojone z przemieszczeniem z deficytem ruchomości powyżej 30% zakresu	5%	4%

I22. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikutu i jego przydatności do oproteżowania	55%	50%
---	-----	-----

I23. Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15%	

I24. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji I23 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	5%	
---	----	--

ŚRÓDRĘCZE

I25. Złamania kości śródrezcza:		
a) I lub II kości śródrezcza (za każdą kość):		



– bez przemieszczenia	2%
– z przemieszczeniem	3%
b) III, IV i V kości śródreżca (za każdą kość):	
– bez przemieszczenia	1%
– z przemieszczeniem	2%

I26. Uszkodzenie tkanek miękkich śródreżca (rany wymagające szycia powyżej 3 cm, mięśni, ścięgien, naczyń):

a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenia ruchomości)	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%

KCIUK

I27. Utraty w obrębie kciuka:	Prawa	Lewa
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8%	7%
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego – poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	12%	10%
e) utrata obu paliczków z kością śródreżca	17%	15%

I28. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:

a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4%	3%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	7%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10%	12%

Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

PALEC WSKAZUJĄCY

I29. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6%	5%
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8%	7%
e) utrata trzech paliczków	12%	10%
f) utrata palca wskazującego z kością śródreżca	20%	15%

I30. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:

a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3%	2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5%	4%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8%	7%

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

I31. Utrata całego paliczka lub części paliczka:	
a) utrata części paliczka	1%
b) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	2%
c) palca piątego – za każdy paliczek	1,5%

I32. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	
	4%

I33. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) powodujące:

a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%	2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%	3%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	4%

Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

STAW BIODROWY	
I34. Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	60-70%



135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp. – oceniać wg punktu 140 poniżej

136. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:

a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10-30%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-40%

137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną alopastyką stawu	15%

138. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi

+5%

Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.

UDO

139. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:

a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15%

140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:

a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%

141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych

5-10%

142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych

+5%

143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:

10-40%

Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.

144. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania

50-70%

KOLANO

145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw – w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:

a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
d) zesztywnienie całkowite stawu kolanowego	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną alopastyką stawu	15%

146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:

a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscectomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni > 2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%



d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostów do 120° dla zgięcia.	
147. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10%
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek itp.	15%
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2%
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3%
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) – leczone operacyjnie	5%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, ran wymagających szycia – pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1%
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podszwawego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3%
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo-goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10%
153. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3%
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5%
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10%
154. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10%
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15%
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3%
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8%
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi – wymagającego zaopatrzenia w obuwiu ortopedyczne	12%
156. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:	
a) częściowa – powyżej 30%	10%
b) całkowita	20%



157. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5%	
158. Złamania kości śródstopia:		
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2%	
b) złamanie dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamanie wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
5%		
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności:		
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
161. Utrata stopy w całości	45%	
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35%	
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka	25%	
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	10-15%	
PALCE STOPY		
165. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamanie bez przemieszczenia	1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3%	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	8-15%	
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części – 1/2 długości	1%	
b) w całości	2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	3-10%	
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5%	
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – za każdy palec	0,5%	
N. Porażenie lub niedowład poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20%	10-15%
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25%	10-20%
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5%	
n) nerwu zasłonowego	2-8%	
o) nerwu udowego	2-15%	
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	2-8%	
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%	



s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%
t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%
u) nerwu strzałkowego	2-10%
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40%
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-5%

Uwaga: Według pozycji I72 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).

I73. Zawały mięśnia serca pełnościenne:

a) ściana przednia	10%
b) ściana dolna	10%
c) ściana boczna	10%
d) ściana tylna	10%
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15%
f) koniuszek serca	5%
g) zawał podwiersiowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%

I74. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:

a) niedowład jednej kończyny	3,5%
b) paraliż jednej kończyny	5%
c) niedowład dwóch kończyn	8,5%
d) paraliż dwóch kończyn	12%
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16%
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczący twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie połowiczne	5%
j) niedowidzenie obustronne	10%
k) nietrzymanie moczu	5%
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10%
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5%
m) wzgórzowy zespół bólowy	7,5%
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5%
o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5%
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5%
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5%
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5%
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisania)	2,5%



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOP2)
BRP-0520**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOP2) BRP-0520

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI

O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0520 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia u Ubezpieczonego obrażeń doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie uważa się:

- a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że pobyt ten miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- b) pobytu na oddziale dziennym,
- c) pobytu dziennego.

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

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego

wypadku, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) z zastrzeżeniem § 5 ust. 5, Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

- 1) miał miejsce w:
 - a) szpitalu psychiatrycznym,
 - b) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
 - c) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
 - d) hospicjum,
 - e) domu opieki,
 - f) ośrodka wypoczynkowym,
 - g) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
- 2) nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
 - a) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - b) nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - c) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi,
 - d) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - e) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
 - g) leczeniem następstw skażenia jonizującego,
 - h) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub



- poród miał przebieg patologiczny, lub
 - nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
 - i)** wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - j)** zabiegami chirurgii kosmetycznej, z wyłączeniem Pobytu w Szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,
 - k)** pobytem obserwacyjnym, o ile nie był on spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - l)** koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - m)** prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
- 3.** Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
- 4.** W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
- 5.** Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku określoną odpowiednio w ust. 3 lub ust. 4, a Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa odpowiednio w ust. 3 lub ust. 4 w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności

Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 3 lub ust. 4.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- 1.** Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
- 2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
- 3.** Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1)** wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2)** rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3)** w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOPI) BRP-0620

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOP I) BRP-0620

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-0620 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Choroby Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby nie uważa się:

- a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych,
- b) pobytu na oddziale dziennym,
- c) pobytu dziennego,
- d) pobytu w szpitalu w celu leczenia następstw Niezależnego wypadku.

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

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) z zastrzeżeniem § 5 ust. 8, Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Okres Karencji w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Choroby wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 9 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby:

- 1) miał miejsce w:
 - a) szpitalu psychiatrycznym,
 - b) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
 - c) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
 - d) hospicjum,
 - e) domu opieki,
 - f) ośrodka wypoczynkowym,
 - g) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
- 2) nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
 - a) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,



- b) nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
- c) rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi, jeżeli przyczyną ich wykonania nie jest Choroba,
- d) leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
- e) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
- f) leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
- g) leczeniem następstw skażenia jonizującego,
- h) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
- zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
 - poród miał przebieg patologiczny, lub
 - nastąpiły komplikacje położu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
- i) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
- j) zabiegami chirurgii kosmetycznej,
- k) pobytem obserwacyjnym,
- l) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- m) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby określoną odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6,

a Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby, o którym mowa odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6 w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM)
BRP-0720**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM) BRP-0720

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI

O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM o symbolu BRP-0720 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-0620 (OWDU GPOPI) oraz z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0520 (OWDU GPOP2).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOPI i OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt na OIOM – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu na OIOM uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za pobyt na OIOM nie uważa się pobytu Ubezpieczonego na oddziałach kardiologicznych, neurologicznych i diabetologicznych, nawet jeżeli w stosunku do Ubezpieczonego podjęto stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych. W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:

- oddział intensywnej terapii,
- oddział intensywnego nadzoru medycznego,

c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

4) Zasiłek jednorazowy – Świadczenie wypłacane w formie jednorazowego ryczałtu za każdy rozpoczęty Pobyt na OIOM, w wysokości potwierdzonej w Polisie.

5) Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Ubezpieczonego na OIOM Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci Zasiłku jednorazowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.

2. W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni.

3. W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- Pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka pobytu na OIOM w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 9 ust.



3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU lub w § 5 ust. 4 pkt 2) OWDU GPOPI lub w § 5 ust. 2 pkt 2) OWDU GPOP2.

4. W przypadku kilkukrotnego Pobytu na OIOM Ubezpieczonego w ramach danego, trwającego nieprzerwanie pobytu w Szpitalu, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- 1.** Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
- 2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
- 3.** Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1)** wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2)** rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3)** w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GOCN)
BRP-0820**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GOCN) BRP-0820

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0820 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Hospitalizacja – udokumentowany, stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym Szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego.

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

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

4) Tabela operacji chirurgicznych – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 2) Operację chirurgiczną, umieszczone w § 4, zawierające katalog Operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości Świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu Operacji chirurgicznej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczeniowej dodatkowej.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Grupa A 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
12	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
13	Operacja naprawcza przełyku	A
14	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
15	Otwarcie czaszki	A
16	Rekonstrukcja krtani	A
17	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
18	Rekonstrukcja opony twardej	A
19	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
20	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
21	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
22	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
23	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
24	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A
25	Wszczepienie protezy kończyny	A
26	Wycięcie gardła	A
27	Wycięcie esicy	A
28	Wycięcie głowy trzustki	A
29	Wycięcie jelita czczego	A
30	Wycięcie jelita krętego	A
31	Wycięcie krtani	A
32	Wycięcie odbytnicy	A
33	Wycięcie osierdzia	A
34	Wycięcie płuca	A
35	Wycięcie przełyku i żołądka	A



Lp.	Nazwa procedury	Grupa	Lp.	Nazwa procedury	Grupa
36	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A	82	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
37	Zespolenie omijające przełyku	A	83	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
Grupa B 75% sumy Ubezpieczenia dodatkowego			84	Operacyjna plastyka oczodołu	C
Lp.	Nazwa procedury	Grupa	85	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
38	Amputacja ręki	B	86	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
39	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	B	87	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
40	Całkowite wycięcie nerki	B	88	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
41	Całkowite wycięcie sutka	B	89	Protezowanie głowy kości ramiennej	C
42	Częściowe wycięcie żołądka	B	90	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
43	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B	91	Przeszczep mięśnia	C
44	Katarakta – usunięcie obustronne	B	92	Przeszczep płata skórno-nerwowego	C
45	Lewostronna hemikolektomia	B	93	Przeznaczyniowa operacja aorty	C
46	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B	94	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu metodą otwartą	C
47	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B	95	Reimplantacja innego narządu	C
48	Plastyka tchawicy	B	96	Reimplantacja kończyny dolnej	C
49	Protezowanie głowy kości udowej	B	97	Reimplantacja kończyny górnej	C
50	Resekcja poprzecznic	B	98	Reimplantacja moczowodu	C
51	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B	99	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
52	Wycięcie dwunastnicy	B	100	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
53	Wycięcie odbytu	B	101	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
54	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B	102	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
Grupa C 50% sumy Ubezpieczenia dodatkowego			103	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
Lp.	Nazwa procedury	Grupa	104	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy	C
55	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C	105	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
56	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C	106	Rewizja zespolenia przełyku	C
57	Amputacja nosa	C	107	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie	C
58	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów	C	108	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
59	Częściowe usunięcie oskrzela	C	109	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
60	Częściowe wycięcie nerki	C	110	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
61	Częściowe wycięcie przełyku	C	111	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
62	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C	112	Wentrykulostomia	C
63	Częściowe wycięcie wątroby	C	113	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	C
64	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	C	114	Wycięcie cewki moczowej	C
65	Gastrostomia	C	115	Wycięcie gałki ocznej	C
66	Jejunostomia	C	116	Wycięcie tętnicy	C
67	Katarakta – usunięcie jednostronne	C	117	Wycięcie języka	C
68	Nacięcie nerki	C	118	Wycięcie macicy	C
69	Obustronne wycięcie jąder	C	119	Wycięcie moczowodu	C
70	Operacja ciała szklatego	C	120	Wycięcie nadnercza	C
71	Operacja dotycząca krezki jelita	C	121	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	C
72	Operacja dotycząca sieci	C	122	Wycięcie żuchwy	C
73	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C	123	Wyłonienie jelita ślepego	C
74	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C	124	Wytworzenie ileostomii	C
75	Operacja naprawcza gardła	C	125	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
76	Operacja naprawcza tętnicy	C	126	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
77	Operacja naprawcza moczowodu	C	127	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
78	Operacja naprawcza odbytu	C			
79	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C			
80	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C			
81	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C			



Lp.	Nazwa procedury	Grupa	Lp.	Nazwa procedury	Grupa
128	Zespolecie omijające dwunastnicy	C	174	Powiększenie pęcherza	D
129	Zespolecie omijające jelita czczego	C	175	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
130	Zespolecie omijające jelita krętego	C	176	Protezowanie gałki ocznej	D
131	Zespolecie omijające okrężnicy	C	177	Protezowanie jądra	D
132	Zespolecie omijające przełyk	C	178	Protezowanie stawu innej kości	D
133	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C	179	Protezowanie ścięgna	D
Grupa D 25% sumy Ubezpieczenia dodatkowego			180	Przełożenie ścięgna	D
Lp.	Nazwa procedury	Grupa	181	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
134	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stawu skokowego	D	182	Przeszczep płata śluzówki	D
135	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	D	183	Przeszczep powięzi	D
136	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D	184	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
137	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D	185	Rekonstrukcja powieki	D
138	Częściowe rozdzielanie ścięgna mięśnia okoruchowego	D	186	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
139	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D	187	Rewizja ileostomii	D
140	Drenaż osierdzia	D	188	Rewizja protezy gałki ocznej	D
141	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D	189	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D
142	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D	190	Rozdzielenie trzonu kości	D
143	Jednostronne wycięcie jądra	D	191	Siatkowy autoprzyszczep skóry	D
144	Kątowe okółstawowe rozdzielanie kości	D	192	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
145	Korekcja deformacji wargi	D	193	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
146	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D	194	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
147	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D	195	Usunięcie moszny	D
148	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D	196	Uwolnienie przykurczu mięśnia metodą otwartą	D
149	Miejscowy przeszczep usztywnianego tkanką podskórną płata skóry	D	197	Uwolnienie ścięgna metodą otwartą	D
150	Nacięcie osierdzia	D	198	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
151	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D	199	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości ze stabilizacją	D
152	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D	200	Wycięcie kości twarzy	D
153	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D	201	Wycięcie nerwu obwodowego	D
154	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D	202	Wycięcie pochewki ścięgna	D
155	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D	203	Wycięcie powięzi brzucha	D
156	Odległy przeszczep usztywnianego płata skórno-powięziowego	D	204	Wycięcie ścięgna	D
157	Wycięcie kaletki maziowej	D	205	Wycięcie tęczówki	D
158	Operacja naprawcza najądrza	D	206	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
159	Operacja naprawcza cewki moczowej	D	207	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
160	Operacja naprawcza czaszki	D	208	Zmiana długości ścięgna	D
161	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D	209	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
162	Operacja naprawcza rogówki	D	Grupa E 12,5% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
163	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D	Lp.	Nazwa procedury	Grupa
164	Operacja opłucnej przy użyciu endoskopu	D	210	Amputacja palucha	E
165	Operacja wodniaka jądra	D	211	Częściowe wycięcie wargi	E
166	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D	212	Drenaż kości	E
167	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D	213	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
168	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D	214	Drenaż przez okolicę krocza	E
169	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D	215	Drenaż ucha środkowego	E
170	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D	216	Korekcja deformacji powieki	E
171	Plastyka nosa	D	217	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
172	Plastyka rogówki	D	218	Nacięcie języka	E
173	Plastyka ucha zewnętrznego	D	219	Nacięcie powieki	E
			220	Nacięcie spojówki	E
			221	Nacięcie sutka	E
			222	Nacięcie torebki soczewki oka	E
			223	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	E



Lp.	Nazwa procedury	Grupa
224	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
225	Operacja kanału łzowego	E
226	Operacja naprawcza pochwy	E
227	Operacja naprawcza spojówki	E
228	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
229	Operacja nosa zewnętrznego	E
230	Operacja przegrody nosa	E
231	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno	E
232	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
233	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
234	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
235	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	E
236	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
237	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	E
238	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
239	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
240	Protezowanie przącia	E
241	Przecięcie osierdzia	E
242	Rozdzielenie kości stopy	E
243	Rozdzielenie żuchwy	E
244	Stabilizacja żuchwy	E
245	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
246	Terapeutyczna endoskopia stawu/atroskopia operacyjna	E
247	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
248	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
249	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	E
250	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
251	Uwolnienie przykurczu stawu metodą otwartą	E
252	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
253	Wyciąg szkieletowy kości	E
254	Wycięcie mięśnia	E
255	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
256	Usunięcie zespolenia po otwartym nastawieniu złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	E

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe, wskazane w § 9 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
- 2) leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,
- 3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna została wykonana w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowym,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

3. W przypadku Operacji chirurgicznej mającej miejsce w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli ta Operacja chirurgiczna miała miejsce w 31 dniu lub kolejnych dniach nieprzerwanej Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio Szpitalu, ośrodku lub oddziale.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych mających miejsce w tym Roku okresu ubezpieczenia.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w § 4 ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu, chyba że Operacja jest wynikiem innego Nieszczęśliwego wypadku.

6. W przypadku drugiej lub kolejnej Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta Operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

7. W przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku mających miejsce w czasie jednej Hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za Operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe Świadczenie.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 – 5.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę leczenia szpitalnego (wypis).
4. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:
 - 1) suma Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,



2) wartości procentowe określone w Tabeli operacji chirurgicznych.

5. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli operacji chirurgicznych przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU
W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN)
BRP-0920**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN) BRP-0920

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0920 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0520 (OWDU GPOP2).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Rekonwalescencja** – pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Okres Rekonwalescencji jest liczony od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Zwolnienie lekarskie powinno być wystawione nie później niż dnia następującego po ostatnim dniu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

2) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu na oddziale dziennym,
- b) pobytu dziennego.

3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Rekonwalescencji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 14 dni,
- 3) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego, miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- 3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
- 4) hospicjum,
- 5) domu opieki,
- 6) ośrodka wypoczynkowego,
- 7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego, miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu



rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego, miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
 - 2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 4) prowadzeniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danej Rekonwalescencji jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za nie więcej niż 30 dni danej Rekonwalescencji.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie za nie więcej niż 90 dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.
6. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje

na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
- 2) kopię zwolnienia lekarskiego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA ZE ŚWIADCZENIEM APTECZNYM (GPSA)
BRP-1020**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA ZE ŚWIADCZENIEM APTECZNYM (GPSA) BRP-1020

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym BRP-1020 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-0620 (OWDU GPOPI) oraz z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0520 (OWDU GPPOP2).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOPI i OWDU GPPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Świadczenie jednorazowe** – Świadczenie wypłacane w formie jednorazowego ryczałtu w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, na zakup leków w aptece po Pobycie w szpitalu.

2) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego, po którego zakończeniu pojawiła się konieczność zakupu leków w aptece. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

- a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- b) pobytu na oddziale dziennym,
- c) pobytu dziennego.

3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

4) **Choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU

za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie jednorazowe, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.

2. W przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 2 dni,
- 3) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

3. W przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek konieczności zakupu leków po pobycie w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 9 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce w:

- 1) szpitalu psychiatrycznym,
- 2) szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych



lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

3) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej,

4) hospicjum,

5) domu opieki,

6) ośrodka wypoczynkowym,

7) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU lub w § 5 ust. 4 pkt 2) OWDU GPOPI lub w § 5 ust. 2 pkt 2) OWDU GPOP2.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 3 razy w danym Roku okresu ubezpieczenia.

6. Z tytułu danego Pobytu w Szpitalu odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 9 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW)
BRP-I I 20**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW) BRP-I I 20

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-I I 20 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – powstała w Okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczone po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w Okresie ubezpieczenia, sumuje się.

Za brak zdolności do samodzielnej egzystencji uznaje się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 9 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - 2) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o Całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało wydane,
 - 3) dokument potwierdzający, że Całkowita trwała niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem:
 - a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,
 - b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,
 - 4) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był leczony.



§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
- 3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
- 4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZI)
BRP-I220**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZI) BRP-I220

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

I. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-I220 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

I. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Wystąpienie Poważnego zachorowania – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

2) Poważne zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego jednego ze zdefiniowanych i wskazanych w poniższej tabeli stanów chorobowych:

	Poważne zachorowanie	Definicja Poważnego zachorowania
a)	Niewydolność nerek	stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU, za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy
b)	Operacja aorty	chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji aorty w przypadku: i. gdy do operacji aorty doszło w związku z przebyłym Urazem, ii. jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty, iii. operacji odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny, iv. przeszskórnej implantacji stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej
c)	Przeszczep narządu	leczenie operacyjne, polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą, na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu: i. narządu sztucznego, ii. fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa
d)	Udar mózgu	nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi (krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, zakrzepica żył lub zatok żylnych), związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwających dłużej niż 24 godziny. Udar można również rozpoznać, kiedy objawy trwają poniżej 24 godzin, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub pacjent zmarł w I. dobie od początku objawów. Diagnoza Udaru mózgu musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badaniem neuroobrazowym, potwierdzających świeże zmiany w tkance mózgowej albo Udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego. W rozumieniu OWDU, za Udar mózgu nie uważa się: a) przejściowych ataków niedokrwienych mózgu (TIA), jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie w czasie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwiennego w badaniach neuroobrazowych, b) przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (PRIND), c) objawów mózgowych spowodowanych migreną, d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, e) uszkodzenia mózgu spowodowanego Urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu), g) udaru mózgu zdiagnozowanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, h) skutków choroby dekompresyjnej, i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem
e)	Operacja wszczepienia zastawki serca	wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. W rozumieniu OWDU za Operację wszczepienia zastawki serca nie uważa się: i. operacji naprawczej, ii. rekonstrukcji zastawki, iii. plastyki zastawki, iv. walwulotomii, v. przeznaczyniowego lub przezkoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki



	Poważne zachorowanie	Definicja Poważnego zachorowania
f)	Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)	operacja kardiochirurgiczna, polegająca na wszczępieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. bypassów), omijających miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej. W rozumieniu OWDU, za Operację pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass) nie uważa się: i. zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ii. każdego innego, niż wszczępienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu, iii. każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca, iv. zabiegów z użyciem technik torakoskopowych
g)	Zawał serca	martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU, Zawał serca oznacza: i. wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej), ii) zmiany w EKG, wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG, iv) dowody w badaniach obrazowych, ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, v) wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas koronarografii lub badania sekcyjnego lub ii. Zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w czasie do 48 godzin od zabiegu – wzrost stężenia cTn we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (bypass) u pacjentów z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Pacjenci ze zwiększonym stężeniem cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, muszą spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn przekraczającego 5-krotnie lub 10-krotnie górną granicę normy oraz wzrostu stężenia cTn o powyżej 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów: i) obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką), ii) pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczępienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenie cTn jest podwyższone i wzrasta, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych), iii) uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywotnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy, i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, iv) wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziejowej lub pomostu, zamknięcie/zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenie krążenia obocznego lub dystalna embolizacja, v) pośmiertne wykazanie skrzepliny, związanej z zabiegiem, spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką, jeżeli dotyczy stentu lub iii. nagły zgon sercowy, który wystąpił u pacjentów z objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego w połączeniu z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwienymi w elektrokardiogramie lub migotaniem komór, ale którzy zmarli, zanim można było pobrać krew w celu oznaczenia biomarkerów sercowych, bądź zanim mógł nastąpić wzrost stężenia biomarkerów, lub u których wykryto Zawał serca w badaniu sekcyjnym. W rozumieniu OWDU, za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie Wystąpienia w zdrowiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek poważnego zachorowania z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 9 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie miało miejsce w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa za Zdarzenia ubezpieczeniowe, wskazane w § 9 OWU.



4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W przypadku Wystąpienia drugiego lub kolejnego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego Świadczenie nie zostanie wypłacone, chyba że Poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Poważnym zachorowaniem, które wystąpiło w Okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.

6. W przypadku Zawału serca i Operacji pomostowania

aortalno-wieńcowego (bypass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregokolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 – 3.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz następujące dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania:

	Poważne zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania
a)	Niewydolność nerek	dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerek
b)	Operacja aorty	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
c)	Przeszczep narządu	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
d)	Udar mózgu	dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano Udar mózgu jako przyczynę zgonu
e)	Operacja wszczepienia zastawki serca	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
f)	Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)	dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
g)	Zawał serca	dokumentacja medyczna zawierająca opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- 2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW)
BRP-1320**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW) BRP-I320

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka o symbolu BRP-I320 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W rozumieniu OWDU za Małżonka uważa się także Partnera.

2) Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

- a) posiadanie wspólnych dzieci, lub
- b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego, lub
- c) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako Partner zgłoszony do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba.

Zgłoszenie Partnera może nastąpić ze skutkiem na dzień początku Okresu ubezpieczenia albo na dzień Rocznicy ubezpieczenia. Zmiana zgłoszenia Partnera może nastąpić raz na 24 miesiące, wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci małżonka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 9 ust. 3-4 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w okresie Karencji lub miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka umyślnego przestępstwa,

4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) prowadzeniem przez Małżonka Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

5. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,

2) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,



4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

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

6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,

7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,

8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

9) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

6. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Małżonek Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,

2) kartę zgonu Małżonka, z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN)

BRP-I420

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN) BRP-1420

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1420 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W rozumieniu OWDU za Małżonka uważa się także Partnera.

2) Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona i niespowinowana z Ubezpieczonym, zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

a) posiadanie wspólnych dzieci, lub

b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego, lub

c) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako Partner zgłoszony do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba. Zgłoszenie Partnera może nastąpić ze skutkiem na dzień początku Okresu ubezpieczenia albo na dzień Rocznicy ubezpieczenia. Zmiana zgłoszenia Partnera może nastąpić raz na 24 miesiące, wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka umyślnego przestępstwa,

4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka Pozostającego pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Małżonka bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) prowadzeniem przez Małżonka Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanym spożywaniem alkoholu lub Środków odurzających.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,

2) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożywaniem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,

4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,



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

6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,

7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,

8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

9) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

4. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Małżonek Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest Ubezpieczony.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,

2) kartę zgonu Małżonka z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon), bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO
WYPADKU (GDN)
BRP-I520**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN) BRP-1520

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1520 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Dziecko** – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Ubezpieczonego Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

2) śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Dziecka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko umyślnego przestępstwa,

4) samobójstwem popełnionym przez Dziecko w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

5) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Dziecko Pozostające pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających lub gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

6) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego przez Dziecko bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnieniami, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) prowadzeniem przez Dziecko Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy Pojazd mechaniczny nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

8) Lekomanią, chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanym spożyciem alkoholu lub Środków odurzających.

3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub Środków odurzających,

2) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

3) chorobą lub zatruciem spowodowanymi spożyciem alkoholu lub używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków,

4) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

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

6) wystąpieniem chorób infekcyjnych i zawodowych,

7) następstw błędów w sztuce lekarskiej,

8) wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,

9) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.

4. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawianiem pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków



zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odmówiono wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Dziecko Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 14 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,

2) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka,

3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu Dziecka (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu

prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOEA)
BRP-I620**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOEA) BRP-I 620

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance o symbolu BRP-I 620 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

3. Zakres Świadczeń ochrony ubezpieczeniowej określony jest w załączniku do OWDU.

4. Świadczenia assistance realizowane są przez Centrum operacyjne.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Centrum operacyjne – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji Świadczeń określonych w OWDU, w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego Zdarzeń ubezpieczeniowych.

2) Choroba – potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego.

3) Choroba przewlekła – choroba, wymagająca z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej stosowania leczenia lub stałej kontroli lekarskiej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.

4) Choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10, jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

5) Hospitalizacja – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień hospitalizacji uważa się za pełny.

6) Inwalidztwo – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną, utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS, tj. orzeczone niezdolność do pracy na okres do 5 lat lub dłuższy niż 5 lat.

7) Lekarz uprawniony – lekarz konsultant Centrum operacyjnego.

8) Małżonek – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W rozumieniu OWDU za Małżonka uważa się także Partnera.

9) Miejsce zamieszkania – wspólne miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego, Małżonka na terenie Polski, wskazane przez Ubezpieczonego, przy czym w przypadku zmiany miejsca stałego pobytu, Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.

10) Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim

w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona i niespowinowana z Ubezpieczonym, zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

a) posiadanie wspólnych dzieci, lub

b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego, lub

c) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako Partner zgłoszony do Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba.

Zgłoszenie Partnera może nastąpić ze skutkiem na dzień początku Okresu ubezpieczenia albo na dzień Rocznicy ubezpieczenia. Zmiana zgłoszenia Partnera może nastąpić raz na 24 miesiące, wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia.

11) Placówka medyczna – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

12) Osoba niesamodzielna – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

13) Pogorszenie się stanu zdrowia – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego lub Małżonka Choroby lub doznanie przez Ubezpieczonego lub Małżonka Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

14) Pomoc domowa – Świadczenie Pomocy domowej polega na:

a) utrzymaniu czystości w domu, tj.:

i) sprzątanii podłóg na sucho i na mokro,

ii) ścieraniu kurzy z mebli i parapetów,

iii) odkurzaniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej,

iv) czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu,

v) czyszczeniu płyty kuchennej,

b) przygotowaniu posiłków,

c) robieniu zakupów niezbędnych do realizacji czynności określonych w lit. a) i b) powyżej,

d) podlewaniu kwiatów,

e) wyrzuceniu śmieci,

przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego.

15) Sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.

16) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA, Kanada, Australia, Japonia, Księstwo Monako, Nowa Zelandia, San Marino, Korea Południowa, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

17) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte



odpowiedzialnością Towarzystwa, w ramach Ubezpieczenia dodatkowego, zawartego na podstawie OWDU, polegające na:

- a) Pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) wystąpieniu w życiu Ubezpieczonego Pogorszenia się stanu zdrowia Małżonka Ubezpieczonego,
 - c) w przypadku Świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2), za Zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Świadczenia:

- 1) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,
- 3) zdrowotne usługi informacyjne,
- 4) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa,
- 5) infolinia kardiologiczna.

2. Towarzystwo spełni odpowiednie Świadczenie wskazane w ust. 1, jedynie w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następnym:

- 1) Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w Okresie ubezpieczenia lub Choroba została po raz pierwszy zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub
 - 2) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Świadczenia przysługujące oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w załączniku do OWDU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.

4. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1), Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem że usługi wymienione w pkt 1)-13) świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

1) wizyta lekarza po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci:

a) organizacji i pokrycia kosztów wizyt lekarza pierwszego kontaktu dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka w Placówce medycznej, albo

b) w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do Miejsca zamieszkania.

2) wizyta lekarza specjalisty w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia Choroby Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci:

a) organizacji i pokrycia kosztów wizyt lekarskich odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka w specjalistycznej Placówce medycznej, albo

b) organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do Miejsca zamieszkania.

W przypadku wystąpienia Choroby odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednego Świadczenia w ciągu Roku okresu ubezpieczenia.

3) wizyta pielęgniarki po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca zamieszkania, o ile w wyniku Nieszczęśliwego wypadku okres Hospitalizacji odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka trwał co najmniej 6 dni.

4) dostarczenie do Miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka, do Miejsca zamieszkania, o ile w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia.

5) organizacja procesu rehabilitacyjnego – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci:

a) organizacji oraz pokrycia kosztów wizyt fizykoterapeuty dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka, w Miejscu zamieszkania, albo

b) organizacji i pokrycia kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka. Przez poradnię rehabilitacyjną należy rozumieć taką Placówkę medyczną wskazaną przez Centrum operacyjne, w której Ubezpieczony lub Małżonek ma możliwość skorzystania z usług fizykoterapeuty.

6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Małżonek zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać Sprzętu rehabilitacyjnego w Miejscu zamieszkania, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci udzielenia informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny oraz zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania.

7) transport medyczny z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Ubezpieczonego lub Małżonka będzie wymagał pobytu w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci zorganizowania transportu medycznego odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej Placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego.

8) transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania – w przypadku, gdy w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub Małżonek przebywają w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania.

9) transport medyczny z Placówki medycznej do Placówki medycznej – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub gdy odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce



medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka do Placówki medycznej, wskazanej przez Ubezpieczonego.

10) opieka nad Osobami niesamodzielnymi – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek podlega Hospitalizacji, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów opieki nad dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi w Miejscu zamieszkania.

11) opieki nad zwierzętami (psem lub kotem) – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek podlega Hospitalizacji przez okres trwający co najmniej 3 dni, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztu przewozu psa lub kota do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrycia kosztu opieki w tej placówce przez okres do 5 dni w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

12) pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego okres Hospitalizacji odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka trwał dłużej niż 7 dni, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji i pokrycia kosztów Pomocy domowej po zakończonej Hospitalizacji odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka, jeżeli odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.

13) konsultacja laryngologa – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji laryngologa odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka, jeżeli lekarz prowadzący wystawi Ubezpieczonemu lub Małżonkowi skierowanie do lekarza laryngologa.

5. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2), Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji z psychologiem odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka, w przypadku wystąpienia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:

- 1)** zgon Małżonka Ubezpieczonego,
- 2)** zgon dziecka Ubezpieczonego,
- 3)** zgon rodzica,

4) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.

Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na Zdarzenie ubezpieczeniowe.

6. Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego przekroczy kwotowy limit kosztów określony w OWDU, usługa może być wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

7. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio Ubezpieczonemu lub Małżonkowi, na następujące tematy:

- 1)** państwowe i prywatne placówki służby zdrowia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, do którego doszło poza Miejscem zamieszkania,
- 2)** działanie leków, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami,
- 3)** Placówki medyczne prowadzące zabiegi rehabilitacyjne,
- 4)** placówki handlowe oferujące Sprzęt rehabilitacyjny,
- 5)** informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych,

6) dieta i zdrowe odżywianie.

8. Ponadto w ramach Świadczenia, o którym mowa ust. 7, Towarzystwo gwarantuje dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli odpowiednio Ubezpieczonemu lub Małżonkowi ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

9. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w postaci organizacji przystosowania dla niego lub Małżonka, miejsca pracy, tj. modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doznali Inwalidztwa. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Ubezpieczonego.

10. W ramach Świadczenia, o którym mowa ust. 1 pkt 5), Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi dostęp do infolinii kardiologicznej, w przypadku gdy, odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek podlegał Hospitalizacji związanej z leczeniem lub diagnostyką chorób serca i układu krążenia przez okres trwający co najmniej 4 dni, która to infolinia udziela informacji na temat:

- 1)** danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
- 2)** danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 3)** danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
- 4)** danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
- 5)** danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
- 6)** danych placówek opieki społecznej,
- 7)** informacji o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
- 8)** informacji farmaceutycznej o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
- 9)** informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatobiałkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
- 10)** informacji o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń,
- 11)** informacji o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
- 12)** instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w OWDU i ponadto nie obejmuje:

- 1)** zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2)** Świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3)** kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego



powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5,

4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),

5) kosztów wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie),

6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:

a) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych zarówno bez uzgodnienia z Centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z Centrum operacyjnym, helioterapii,

b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu,

c) Chorób psychicznych,

d) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny,

e) zawodowego, amatorskiego lub rekreacyjnego uprawiana: sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału odpowiednio: Ubezpieczonego lub Małżonka w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

g) poddania się leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,

h) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

i) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),

j) Chorób przewlekłych.

2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawaniem przez odpowiednio: Ubezpieczonego, lub Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odpowiednio: Ubezpieczony lub Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

2. Osoba kontaktująca się z Centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

1) imię i nazwisko,

2) adres zamieszkania,

3) numer Polisy,

4) Okres ubezpieczenia,

5) krótki opis Zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy,

6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,

7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3. Ubezpieczony jest zobowiązany na wniosek Centrum operacyjnego do dostarczenia dodatkowych dokumentów, o ile są one niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczony, nie wypełni obowiązków określonych w ust. 1 – 3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia Świadczenia.

5. W sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty, ale w wysokości nie wyższej niż w przypadku spełnienia określonych Świadczeń przez Towarzystwo. Postanowienia, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pod warunkiem że Ubezpieczony skontaktuje się z Centrum operacyjnym w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia ustania przyczyny uniemożliwiającej skontaktowania się z Centrum operacyjnym.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) śmierci Ubezpieczonego,

3) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI
UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOEA) o symbolu BRP-I 620**

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń assistance oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne Świadczenia:

Lp.	Zakres świadczeń	Limit wysokości świadczeń
1	wizyta lekarza po Nieszczęśliwym wypadku	1 500 zł
2	wizyta lekarza specjalisty po Nieszczęśliwym wypadku lub Chorobie	1 500 zł
3	wizyta pielęgniarki po Nieszczęśliwym wypadku	1 500 zł
4	dostarczenie do Miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza	200 zł
5	a) wizyta rehabilitanta w domu	500 zł
	b) wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł
6	a) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł
	b) transport sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł
7	transport medyczny do Placówki medycznej	1 500 zł
8	transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania	1 500 zł
9	transport medyczny między Placówkami medycznymi	1 500 zł
10	opieka nad dziećmi i Osobami niesamodzielnymi	600 zł
11	opieka nad zwierzętami (psem lub kotem)	500 zł
12	pomoc domowa po Hospitalizacji	400 zł
13	konsultacja laryngologa	150 zł
14	pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	500 zł
15	zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna	bez limitu
16	pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa będącego wynikiem Nieszczęśliwego wypadku	tylko organizacja
17	Infolinia kardiologiczna po Hospitalizacji min. 4 dni	bez limitu



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNEJ (EKSPERCKA OPINIA
MEDYCZNA) (GEOM)
BRP-I720**

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



OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK DOLEGLIWOŚCI ZDROWOTNEJ (EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA) (GEOM) BRP-1720

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI

O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek dolegliwości zdrowotnej (ekspertka opinia medyczna) o symbolu BRP-1720 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Asysta prawna – pomoc administracyjno-prawna w procedurze uzyskania zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):

- a) na pokrycie kosztów leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,
 - b) na leczenie planowane poza granicami kraju/zwrot kosztów leczenia za granicą,
- o ile użycie powyższych procedur zostało uzasadnione w Ekspertce Opinii Medycznej.

2) Choroba – diagnozowany przez lekarza stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt.

3) Dolegliwość zdrowotna – Choroba lub Uraz doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli, zdiagnozowany przez Lekarza prowadzącego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, wyłącznie z zakresu:

- a) onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
- b) kardiologii i kardiologii – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdza, choroby aorty, choroby naczyń, choroby osierdza, choroby aorty, choroby naczyń,
- c) neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z Urazu,
- d) ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, Choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.

4) Ekspertka opinia medyczna (EOM) – ocena Dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z Instytucji medycznej, wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących Dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym ww. opinię.

5) Instytucja medyczna – wykwalifikowany podmiot leczniczy,

udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.

6) Lekarz prowadzący – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Polski zdiagnozował Dolegliwość zdrowotną.

7) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba lub czynnik chorobotwórczy.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej w Okresie ubezpieczenia.

2. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 5, Towarzystwo spełni Świadczenie, wydając i przekazując Ubezpieczonemu EOM, obejmującą:

- 1) weryfikację diagnozy postawionej przez Lekarza prowadzącego (jeśli była postawiona),
 - 2) weryfikację planu leczenia zaleconego przez Lekarza prowadzącego (jeśli był zalecony),
 - 3) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej Dolegliwości zdrowotnej,
 - 4) propozycję optymalnego planu leczenia,
 - 5) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
 - 6) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym Ubezpieczenie dodatkowe nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
 - 7) w przypadkach uzasadnionych EOM – Asysta prawna.
3. Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.

§ 5. WYLĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- 1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 2 miesiące.
- 2. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka wystąpienia u Ubezpieczonego Dolegliwości zdrowotnej z tytułu



Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch Świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

4. Stopień kompletności Eksperskiej Opinii Medycznej zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę Dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Ubezpieczony.

2. Towarzystwo spełnia Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na zasadach i w terminach wskazanych w OWU, pod warunkiem spełnienia wymogów opisanych w niniejszym paragrafie.

3. W celu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem pod numerem telefonu: 22 867 66 67.

4. Podczas rozmowy telefonicznej, pracownik Towarzystwa:

1) potwierdzi tożsamość Ubezpieczonego,

2) zarejestruje zgłoszenie roszczenia,

3) wskaże Ubezpieczonemu adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia.

5. Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim):

1) rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,

2) informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,

3) krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.

6. Eksperska Opinia Medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia, w przypadku uznania drugiego roszczenia o Świadczenie w danym Roku okresu ubezpieczenia,

4) w ostatni dzień Roku okresu ubezpieczenia, przypadający w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 73 lata.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 02.09.2020 r. wchodzi w życie z dniem 02.09.2020 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI GOLD O SYMBOLU BRP-0120 ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWYCH INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0120 (OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 2 września 2020 r.:

I. § 16 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„3. Reklamacja może być złożona:

1) na piśmie – osobiście w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,

2) ustnie – telefonicznie pod numerem 22 867 66 67,

3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna,

4) w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.”.

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) o symbolu BRP-0720 zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 2 września 2020 r.:

I. § 2 ust. 1 pkt 1) otrzymuje następujące brzmienie:

„1) **Pobyt na OIOM** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu na OIOM uważa się za pełny.”.

2. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:

„3) **OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach Szpitala oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie oraz stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych oraz w ramach którego możliwym jest podjęcie czynności zastępczych niewydolnych organów lub układów. W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:

a) oddział intensywnej terapii,

b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,

c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale Szpitala, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.”.

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) o symbolu BRP-1320 zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 2 września 2020 r.:

I. § 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

„2) **Partner** – osoba niepozostająca w związku małżeńskim, niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej jednego roku i o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Partnerem jest wyłącznie osoba imiennie wskazana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku zmiany Partnera w Okresie ubezpieczenia osoba wskazana przez Ubezpieczającego pisemnie do Siedziby Towarzystwa.”.

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) o symbolu BRP-1420 zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 2 września 2020 r.:

I. § 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

„2) **Partner** – osoba niepozostająca w związku małżeńskim, niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej jednego roku i o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Partnerem jest wyłącznie osoba imiennie wskazana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku zmiany Partnera w Okresie ubezpieczenia osoba wskazana przez Ubezpieczającego pisemnie do Siedziby Towarzystwa.”.

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOEA) o symbolu BRP-1620 zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 2 września 2020 r.:

I. § 2 ust. 1 pkt 10) otrzymuje następujące brzmienie:

„10) **Partner** – osoba niepozostająca w związku małżeńskim, niespokrewniona i niespowinowacona z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez prowadzenie wspólnego gospodarstwa domowego przez okres co najmniej jednego roku i o ile Ubezpieczony nie pozostaje w związku małżeńskim. Partnerem jest wyłącznie osoba imiennie wskazana przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku zmiany Partnera w Okresie ubezpieczenia osoba wskazana



przez Ubezpieczającego pisemnie do Siedziby Towarzystwa.”.

§ 6.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 – § 5 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 81/12/2021

Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2021 r. wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2021 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 – § 5 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 stycznia 2022 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MIĘDZY NAMI GOLD O SYMBOLU BRP-0120

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Między Nami Gold o symbolu BRP-0120 zatwierdzonych Uchwałą Nr 3/09/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 2 września 2020 r.:

1. § 18 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„6. Towarzystwo nie świadczy ochrony, ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.”.

§ 2.

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

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 21/07/2022 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 27 lipca 2022 r. wchodzi w życie z dniem 27 lipca 2022 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 września 2022 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości
Tel.: +48 22 867 66 67, +48 22 501 61 00