

SILVER SENIOR

Ubezpieczenie zbiorowe na życie SILVER SENIOR

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: SILVER SENIOR OWU BRP-0223

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach zbiorowego ubezpieczenia na życie SILVER SENIOR zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/02/2023 Zarządu Towarzystwa z dnia 21 lutego 2023 roku (zwane dalej OWU) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Ubezpieczenie skierowane do osób starszych, które ze względu na wiek nie mogą już zawrzeć innego ubezpieczenia lub ich ubezpieczenie wygaśło. Ubezpieczenie o charakterze zbiorowym polegające na objęciu ochroną ubezpieczeniową w ramach wielu umów ubezpieczenia grupy osób, które wyrażą chęć ubezpieczenia na określonych, jednakowych dla wszystkich osób warunkach ubezpieczenia (Pakiet SILVER SENIOR). Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 12-miesięczne okresy ubezpieczenia, o ile zachowane zostaną warunki wskazane w § 6 OWU



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

- ✓ Zakres ryzyk, wysokość świadczenia dla ryzyka zależna od rodzaju Pakietu SILVER SENIOR)

Ryzyka dotyczące Ubezpieczonego

- ✓ zgon (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej)
- ✓ zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ zgon w wyniku wypadku lądowego
- ✓ zgon w wyniku wypadku lotniczego
- ✓ zgon w wyniku wypadku wodnego
- ✓ powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie należne za każdy dzień pobytu trwający 4 lub więcej dni)
- ✓ operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania świadczeń assistance

Ryzyka dotyczące Małżonka / Konkubenta Ubezpieczonego

- ✓ zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Ryzyka dotyczące Rodziców Ubezpieczonego i Rodziców Małżonka / Konkubenta Ubezpieczonego

- ✓ zgon

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWU



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terenie całego świata z wyłączeniem świadczeń assistance, które realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej



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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- ✗ działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału osoby, której dotyczy zdarzenie w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 13 OWU

- ! Dla każdego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem wynosi – 21 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w §2 ust. 2-9, ust. 12, §12 oraz §15 ust. 10-11 OWU



Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający / Ubezpieczony zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną składkę ubezpieczeniową
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
- udzielić niezbędnych informacji dotyczących stanu zdrowia w zakresie wskazanym przez Towarzystwo
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego

Ubezpieczający / Ubezpieczony ma prawo:

- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia
- zawnioskować o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia
- wskazać Beneficjenta (osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej
- do ostatniego dnia miesiąca polisowego, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w kolejnym miesiącu polisowym - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SILVER SENIOR jest ustalana według następujących kryteriów: wysokości świadczenia z tytułu danego ryzyka, okresów karencji stosowanych w odniesieniu do określonych ryzyk, wieku Ubezpieczonego

Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka

Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- z upływem 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres
- w dniu, w którym odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne
- w dniu, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo
- w dniu zgonu Ubezpieczonego



Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć poprzez stronę internetową www.compensa.pl albo pisemnie do Towarzystwa zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 15 ust. 5 OWU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 14 oraz w § 15 OWU



Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

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

1) reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa osób wskazanych powyżej

2) reklamację można złożyć w formie:

- pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa w pkt 1) lub siedzibie Towarzystwa albo listownie lub wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w ustawie o doręczeniach elektronicznych)
- ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67)
- ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa w pkt 1) powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu),
- elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku osoby fizycznej



Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrywania?

1) prawo złożenia skargi przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji

2) do skargi zastosowanie znajdują postanowienia § 16 OWU 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 (w tym drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail)



Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW ZBIOROWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SILVER SENIOR
BRP-0223**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §2a, §15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2-9, ust. 12, §2a ust. 14-15, §12, § 13, §15 ust. 10-11

SILVER SENIOR

OGÓLNE WARUNKI ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SILVER SENIOR BRP-0223

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki zbiorowego ubezpieczenia na życie SILVER SENIOR o symbolu BRP-0223 (dalej: OWU) mają zastosowanie do umów zbiorowego ubezpieczenia na życie SILVER SENIOR (dalej: Umowa ubezpieczenia lub Umowa ubezpieczenia SILVER SENIOR), zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia

DEFINICJE POJĘĆ § 1

kleść w OWU użyto określenia:

- Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę Umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składki.
- Ubezpieczony** – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, której życie i zdrowie są objęte ochroną i która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia nie ukończyła 84 roku życia. W rozumieniu OWU Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
- Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
- Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia.
- Konkubent** – rozumie się przez to osobę niespokrewnioną z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe przez okres co najmniej 2 lat i obie osoby są stanu wolnego; za Konkubenta nie uważa się byłego Małżonka Ubezpieczonego.
- Rodzic** – rozumie się przez to rodzica biologicznego Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego lub osobę, która przysposobiła Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego lub Ojczyma i Macochę Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia nie żyje odpowiednio ojciec biologiczny lub matka biologiczna Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego.
- Ojczym, Macocha** – rozumie się przez to osobę pozostającą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z Rodzicem Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, a także wdowca lub wdowę odpowiednio po Rodzicu Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego.
- Pakiet SILVER SENIOR (Pakiet)** – rozumie się przez to określenie standard warunków ubezpieczenia dla Umów ubezpieczenia zawieranych w ramach danego Pakietu, określający dla wszystkich osób Ubezpieczonych w Pakiecie jednakowy: zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość sumy ubezpieczenia oraz wysokość przysługujących świadczeń. Pakiet SILVER SENIOR określany jest dla inicjatywnej grupy osób, które wyrażą wolę zawarcia Umów ubezpieczenia na podstawie OWU na tożsamych warunkach ubezpieczenia.
- suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w Umowie ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
- miesiąc polisowy** – rozumie się przez to okres rozpoczynający się w pierwszym dniu odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazanym na polisie (w przypadku pierwszego miesiąca polisowego) i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych (w przypadku kolejnych miesięcy polisowych), a kończący się w dniu poprzedzającym pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego.
- choroba** – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWU za chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz pogoju.
- choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego, zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia i nierokująca 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 ustalenia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.
- choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym w szczególności depresja i nerwica (kod ICD-10: F00-F99).
- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną i niezależne od woli ani stanu zdrowia osoby której dotyczy, będące przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu OWU za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet jeżeli wystąpiły nagle bądź zostały ujawnione przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną.
- wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególnie przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. W rozumieniu OWU pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkołodowanego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będącą następstwem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- hospitalizacja** – rozumie się przez to udokumentowany pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance każdy rozpoczęty dzień hospitalizacji uważa się za pełny.
- operacja chirurgiczna** – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych (stanowiącej załącznik nr 2 do OWU), zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, przez uprawnionego do tego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej posiadającego prawo wykonywania zawodu na terytorium państwa, w którym zabieg jest wykonywany, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym szpitalu lub przychodni przyszpitalnej, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium szpital ten lub przychodnia prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa (okresie ubezpieczenia) i miał na celu leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością hospitalizacji:
 - na oddziale zabiegowym szpitala,
 - trwającą co najmniej 24 godziny,
 - mającą miejsce w okresie ubezpieczenia.
- Tabela operacji chirurgicznych** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt. 20 operację chirurgiczną, 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.
- szpital** – działający w kraju lub za granicą publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu odpowiednich przepisów, a w przypadku braku takich regulacji, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, zatrudniający kwalifikowaną kadrę lekarską oraz personel pomocniczy w okresie ciągłym.
- dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
- sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing, regaty żeglarskie, narty wodne; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, base jumping, freegull, baloniarstwo, paragliding/paralotniarstwo, zjazdy linowe; sporty ziemne – wspinaczka wysokogórska lub skałkowa z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, downhill, ewolucje na deskorolkach, łyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
- 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.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa poniżej w wysokości odpowiadającej wysokości świadczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, zgodnie z warunkami Pakietu SILVER SENIOR, w ramach którego zawarta została Umowa ubezpieczenia:
 - zgon Ubezpieczonego (zdarzenie obejmuje również zdiagnozowanie u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej),
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1),
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2),
 - zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2),

- 5) zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i 2),
 - 6) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 7) zgon Rodziców Ubezpieczonego,
 - 8) zgon Rodziców Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
 - 9) trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne za każdy orzeczonego 1% uszczerbku na zdrowiu),
 - 10) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu za każdy dzień pobytu trwającego 4 lub więcej dni, jeśli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 11) operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne na podstawie Tabeli operacji chirurgicznych),
 - 12) pogorszenie się stanu zdrowia i konieczność uzyskania świadczeń assistance (zgodnie z postanowieniami §2a).
2. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej.
 3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Towarzystwo zmniejszy wypłacane świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej.
 4. Z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie na podstawie Tabeli operacji chirurgicznych oraz według następujących zasad:
 - a) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy A – świadczenie w wysokości wskazanej na polisie ubezpieczeniowej,
 - b) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy B - 75% świadczenia określonego w pkt a)
 - c) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy C - 50% świadczenia określonego w pkt a)
 - d) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy D - 25% świadczenia określonego w pkt a)
 - e) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy E – 12,5% świadczenia określonego w pkt a).
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzenia operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ograniczona jest do łącznej wysokości odpowiadającej wartości świadczenia określonego dla Grupy A operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w każdym w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia, przy czym pierwszy ww. 12-miesięczny okres ubezpieczenia liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej, niezależnie od ilości operacji chirurgicznych mających miejsce w danym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.
 6. 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.
 7. W przypadku drugiej lub kolejnej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z operacją chirurgiczną, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło świadczenie.
 8. 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.
 9. Dla każdego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - 21 dni.
 10. W przypadku pobytu w szpitalu, który rozpoczyna się w danym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia (na który Umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona) i trwa nieprzerwanie w kolejnym, okres tego pobytu jest zaliczany do wysokości niewykorzystanego maksymalnego limitu przypadającego na poprzedzający okres ubezpieczenia. W przypadku, gdy taki pobyt w szpitalu przekroczy limit przypadający na rok poprzedzający, w pozostałym zakresie okres tego pobytu jest zaliczany do limitu przypadającego na kolejny okres ubezpieczenia.
 11. Okres pobytu w szpitalu, który rozpoczyna się w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i trwa nieprzerwanie po wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia, wlicza się do okresu pobytu w szpitalu będącego podstawą świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
 12. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, wypadku lądowego, wypadku lotniczego lub wypadku wodnego nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE §2a

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance obejmuje wyłącznie zdarzenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Świadczenia assistance realizowane są przez Centrum operacyjne.
3. W zakresie zdarzenia pogorszenie się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance oprócz pojęć zdefiniowanych w §1 dodatkowo zastosowanie mają następujące pojęcia zdefiniowane poniżej (pojęcia te mają zastosowanie w zakresie §2a):

I.p.	Pojęcie	definicja
1.	Centrum operacyjne	centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń assistance, w celu udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego Zdarzeń ubezpieczeniowych

2.	Choroba przewlekła	stan chorobowy, charakteryzujący się długotrwałym przebiegiem i powolnym rozwojem, który spełnia przynajmniej jedną z następujących cech: jest trwały, skutkujący inwalidztwem, spowodowany nieodwracalnymi zmianami patologicznymi, wymaga specjalnego postępowania rehabilitacyjnego lub według wszelkich oczekiwań długiego okresu nadzoru, obserwacji lub opieki
3.	Inwalidztwo	fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (jako całkowita lub częściowa niezdolność do pracy).
4.	Lekarz uprawniony	lekarz konsultant Centrum operacyjnego
5.	Miejsce zamieszkania	wspólne miejsce stałego pobytu Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez Ubezpieczonego, przy czym w przypadku zmiany miejsca stałego pobytu, Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.
6.	Placówka medyczna	Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
7.	Osoba niesamodzielna	Małżonek/Konkubent Ubezpieczonego zamieszkujący w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, który ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielny i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki
8.	Pogorszenie się stanu zdrowia	zdiagnozowanie u Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta choroby lub doznanie przez Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta urazu w następstwie nieszczęśliwego wypadku
9.	Pomoc domowa	a) świadczenie Pomocy domowej polega na: utrzymaniu czystości w domu, tj.: i) sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ii) ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, iii) odkurzeniu 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), d) podlewaniu kwiatów, e) wyrzuceniu śmieci, przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego
10.	Sprzęt rehabilitacyjny	sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie
11.	Zdarzenie ubezpieczeniowe –	zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa skutkujące koniecznością uzyskania świadczeń assistance, polegające na: a) Pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego, b) wystąpieniu w życiu Ubezpieczonego Pogorszenia się stanu zdrowia Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, c) wystąpieniu jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w ust. 8 w przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 4 pkt 2)

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego obejmuje następujące świadczenia assistance:
 - 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.
5. Towarzystwo spełni odpowiednie świadczenie assistance wskazane w ust. 4, jedynie w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następujących przypadkach:
 - 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.
6. Przysługujące świadczenia oraz ich kwotowe limity kosztów określone są w Tabeli świadczeń assistance. Kwotowe limity kosztów określone na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
7. W ramach świadczeń assistance, o których mowa w ust. 4 pkt 1) (świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego), Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 6, 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/Konkubenta 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/Konkubenta w specjalistycznej Placówce medycznej, albo

- b) organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do Miejsca zamieszkania.
 Limity kwotowe dla tego świadczenia określone w Tabeli świadczeń assistence są różne w zależności od tego, czy przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego jest choroba czy nieszczęśliwy wypadek. W przypadku wystąpienia choroby odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednego świadczenia w ciągu 12-miesięcznego 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/Konkubenta 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/Konkubenta, do Miejsca zamieszkania, o ile w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent, 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:
- organizacji oraz pokrycia kosztów wizyt fizyoterapeuty dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta, w Miejscu zamieszkania, albo
 - organizacji i pokrycia kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta. Przez poradnię rehabilitacyjną należy rozumieć taką Placówkę medyczną wskazaną przez Centrum operacyjne, w której Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent ma możliwość skorzystania z usług fizyoterapeuty.
- 6) organizacja wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego po nieszczęśliwym wypadku – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent 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/Konkubenta będzie wymagał pobytu w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci zorganizowania transportu medycznego odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta 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/Konkubent przebywają w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni świadczenie na rzecz Ubezpieczonego w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania.
- 9) transport medyczny z Placówki medycznej do Placówki medycznej – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub gdy odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent 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/Konkubenta do Placówki medycznej, wskazanej przez Ubezpieczonego.
- 10) opieka nad Osobą niesamodzielną (Małżonek/Konkubent Ubezpieczonego) – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony podlega hospitalizacji, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów opieki w Miejscu zamieszkania nad Małżonkiem/Konkubentem, jeżeli Małżonek/Konkubent jest Osobą niesamodzielną.
- 11) opieka nad zwierzętami (psem lub kotem) – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent 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/Konkubenta 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/Konkubenta, 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/Konkubenta, jeżeli lekarz prowadzący wystawi Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Konkubentowi skierowanie do lekarza laryngologa.
8. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2) (**pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej**), Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji z psychologiem odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta, w przypadku wystąpienia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:
- zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
 - zgon dziecka Ubezpieczonego,
 - zgon rodzica,
 - wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
- Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na Zdarzenie ubezpieczeniowe.
9. Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń assistence przekroczy kwotowy limit kosztów określony w OWU, usługa może być wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.
10. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt 3) (**zdrowotne usługi informacyjne**), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Konkubentowi, na następujące tematy:
- państwowe i prywatne placówki służby zdrowia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, do którego doszło poza Miejscem zamieszkania,
 - działanie leków, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami,
 - Placówki medyczne prowadzące zabiegi rehabilitacyjne,
 - placówki handlowe oferujące Sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - dieta i zdrowe odżywianie.
11. Ponadto w ramach świadczenia, o którym mowa ust. 10, Towarzystwo gwarantuje dostęp do **infolinii medycznej**, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym Centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli odpowiednio Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Konkubentowi 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.
12. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 4 pkt 4) (**pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa**), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Ubezpieczonego świadczenie w postaci organizacji przystosowania dla niego lub Małżonka/Konkubenta, 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.
13. W ramach świadczenia, o którym mowa ust. 4 pkt 5) (**infolinia kardiologiczna**), Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi/Konkubentowi dostęp do infolinii kardiologicznej, w przypadku gdy, odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek/Konkubent podlega 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:
- danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,
 - 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,
 - danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - danych placówek opieki społecznej,
 - informacji o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - informacji farmaceutycznej o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów,
 - informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej,
 - informacji o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń,
 - informacji o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - instrukcji przygotowania do zabiegów i badań medycznych.
14. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w OWU 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, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 20,
 - kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - kosztów wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie),
 - kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - 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,
 - epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu,
 - chorób psychicznych,
 - popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy Kodeks Karny,
 - zawodowego, amatorskiego lub rekreacyjnego uprawiania: 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 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 zabiegowemu, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

- i) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
j) Chorób przewlekłych.
15. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z pozostawieniem przez odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka/Konkubenta pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że pozostawienie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy osoba, której dotyczy Zdarzenie ubezpieczeniowe tj. odpowiednio: Ubezpieczony, Małżonek/Konkubent, odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, a w dokumentacji dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego znajduje się wpisana informacja wskazująca na spożycie alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że pozostawienie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
16. W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do świadczeń assistance, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
17. Osoba kontaktująca się z Centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
- imię i nazwisko,
 - adres zamieszkania,
 - numer polisy,
 - okres ubezpieczenia,
 - krótki opis Zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy,
 - numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
18. Ubezpieczony jest zobowiązany na wniosek Centrum operacyjnego do dostarczenia dodatkowych dokumentów, o ile są one niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
19. W przypadku, gdy Ubezpieczony, nie wypełni obowiązków określonych w ust. 16-18, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
20. 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 assistance, 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.

Tabela świadczeń assistance

Lp.	Zakres świadczeń assistance na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance	Limit wysokości świadczeń
1	wizyta lekarza po nieszczęśliwym wypadku	1 500 zł
2	wizyta lekarza specjalisty w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:	
	w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1 500 zł
	w wyniku choroby	500 zł
3	wizyta pielęgniarki po nieszczęśliwym wypadku	1 500 zł
4	dostarczenie do Miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza	200 zł
5	organizacja procesu rehabilitacyjnego	
	wizyta rehabilitanta w Miejscu zamieszkania	500 zł
	wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł
6	wypożyczenie lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego po nieszczęśliwym wypadku	200 zł
	transport sprzętu rehabilitacyjnego po nieszczęśliwym wypadku	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 Osobą niesamodzielną (Małżonek/Konkubent)	600 zł
11	opieka nad zwierzętami (psem lub kotem)	500 zł
12	Pomoc domowa po hospitalizacji min. 7 dni	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

PAKIET SILVER SENIOR
§ 3.

- Warunki Pakietu SILVER SENIOR są określone za zgodą Towarzystwa, jeżeli wolę zawarcia Umów ubezpieczenia na warunkach Pakietu SILVER SENIOR wyrazi grupa licząca co najmniej 3 Ubezpieczających spełniających warunki do zawarcia umów ubezpieczenia oraz do objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach Pakietu SILVER SENIOR – inicjatywna grupa Ubezpieczających.
- Warunki Pakietu SILVER SENIOR określone są we wniosku o otwarcie Pakietu SILVER SENIOR, składanego na formularzu Towarzystwa lub w inny uzgodniony z Towarzystwem sposób.
- Wniosek o otwarcie Pakietu SILVER SENIOR określa dla Umów ubezpieczenia zawartych w ramach tego Pakietu:

- sumę ubezpieczenia,
 - zakres ochrony ubezpieczeniowej,
 - wysokość świadczeń.
4. Do wniosku o otwarcie Pakietu SILVER SENIOR należy dołączyć:
- wnioski o zawarcie Umów ubezpieczenia na warunkach określonych w Pakiecie SILVER SENIOR podpisane przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną,
 - potwierdzenie opłacenia pierwszych składek przez Ubezpieczających tworzących grupę inicjatywną.

UMOWA UBEZPIECZENIA
warunki zawarcia Umowy ubezpieczenia

§ 4.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu SILVER SENIOR, składanego na formularzu Towarzystwa.
- Umowę ubezpieczenia na podstawie OWU może zawrzeć osoba, która nie jest objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach innej uprzednio zawartej umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SILVER SENIOR.
- Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w ramach danego Pakietu SILVER SENIOR jest dokumentem potwierdzającym wolę zawarcia przez Ubezpieczającego Umowy ubezpieczenia na określonych warunkach (w tym określającym sumę ubezpieczenia i warunki ubezpieczenia zgodne z danym Pakietem SILVER SENIOR).
- W celu akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego i podjęcia decyzji o zawarciu Umowy ubezpieczenia SILVER SENIOR przez Towarzystwo, osoba składająca wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zobowiązana jest udzielić niezbędnych informacji dotyczących stanu zdrowia w zakresie wskazanym przez Towarzystwo.
- Z obowiązku, o którym mowa w ust. 4 zwolniona jest osoba, która łącznie spełni następujące warunki:
 - w okresie bezpośrednio poprzedzającym dzień wskazywany we wniosku jako pierwszy dzień odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia SILVER SENIOR, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo z tytułu innej umowy ubezpieczenia (poprzedzająca umowa ubezpieczenia),
 - przystępując lub zawierając poprzedzającą umowę ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1) przekazywała Towarzystwu informacje dotyczące stanu zdrowia w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - ochrona ubezpieczeniowa z tytułu poprzedzającej umowy ubezpieczenia względem tej osoby trwała nieprzerwanie co najmniej 36 miesięcy oraz ulegnie zakończeniu nie później niż w dniu poprzedzającym rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia SILVER SENIOR.
- Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisywany jest osobiście przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego i zawiera wzór podpisu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, z którym mogą być porównywane podpisy składane w późniejszej korespondencji i dokumentacji.
- Ubezpieczający/Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Beneficjenta i określić procentowo udział Beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych Beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że udziały są równe.
- Ubezpieczający/Ubezpieczony ma prawo samodzielnie w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.
- Podstawę do zawarcia Umowy ubezpieczenia i wystawienia polisy ubezpieczeniowej stanowi:
 - potwierdzenie wpłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - akceptacja przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - akceptacja przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, jeżeli osoba wnioskująca o objęcie ochroną ubezpieczeniową była zobowiązana do podania informacji o swoim stanie zdrowia w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku w wyznaczonym terminie.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia Umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia bez podania przyczyny.

polisa ubezpieczeniowa
§ 5.

- Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie.

czas trwania Umowy ubezpieczenia

§ 6.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy polisowych.
- Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia, o ile w terminie nie później niż 30 dni przed upływem każdego 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia żadna ze stron Umowy ubezpieczenia (Ubezpieczający lub Towarzystwo) nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia.
- W terminie, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
- Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków Umowy ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem Umowy ubezpieczenia na kolejny okres.

odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

§ 7.

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- O odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
- Odstąpienie Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
- Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

5. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
6. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia § 8.

1. Umowę ubezpieczenia Ubezpieczający może wypowiedzieć na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wypowiedzenie, o którym mowa w ust. 1, jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym złożone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

SUMA UBEZPIECZENIA § 9.

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest dla inicjatywnej grupy Ubezpieczających przy określaniu warunków ubezpieczenia dla danego Pakietu SILVER SENIOR.
2. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich umów ubezpieczenia zawartych w ramach danego Pakietu SILVER SENIOR.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 10.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w ramach Pakietu SILVER SENIOR jest ustalana według następujących kryteriów:
 - 1) wysokości świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 2) okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk,
 - 3) wiek Ubezpieczonego.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
4. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
5. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w polisie ubezpieczeniowej.
6. Składka ubezpieczeniowa płatna jest miesięcznie z góry w terminie:
 - 1) do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia - w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej,
 - 2) do ostatniego dnia miesiąca polisowego, za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w kolejnym miesiącu polisowym - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
7. Za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej przyjmuje się datę jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
8. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki, wyznaczając dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
9. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8, uważa się to za wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 6.
10. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 8, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.
11. Wypłata Świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania składki w dotychczasowej wysokości.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 11.

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 12, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie, o którym mowa w §10 ust. 6 pkt 1).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z upływem 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia, w przypadku nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
 - 2) w dniu, w którym odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
 - 3) w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 9,
 - 4) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 12.

1. W okresie ograniczonej odpowiedzialności (okresie karencji), Towarzystwo wypłaca świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego,
 - 5) trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 7) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 8) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1, po upływie 3 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia, wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,

- 2) zdiagnozowania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej,
3. Niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 2, po upływie 6 miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności Towarzystwa, z tytułu Umowy ubezpieczenia wypłacane są świadczenia z tytułu:
 - 1) zgonu Rodziców Ubezpieczonego,
 - 2) zgonu Rodziców Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego.
4. Okresy karencji (ograniczenia odpowiedzialności), o których mowa w ustępach poprzedzających nie mają zastosowania w stosunku do ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą objęty był dany Ubezpieczony przed okresem co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających zawarcie Umowy ubezpieczenia.
5. Zniesienie ograniczeń odpowiedzialności na zasadach, o których mowa w ust. 4, następuje pod warunkiem, że po objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczonemu nie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa z umowy ubezpieczenia, na którą powołał się w celu zniesienia ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 4:
 - 1) uprawniony do otrzymania świadczenia zobowiązany jest do udokumentowania objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przed pierwszym dniem odpowiedzialności Towarzystwa oraz faktu jej wygaśnięcia (nie dotyczy sytuacji, gdy odpowiedzialność była uprzednio udzielana przez Towarzystwo lub gdy taka dokumentacja doręczona została do Towarzystwa przed dniem zajścia zdarzenia),
 - 2) jeżeli wysokość świadczenia z tytułu ryzyk znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, którą uprzednio objęty był Ubezpieczony jest niższa od przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia, to w okresie ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 2 i 3, świadczenie wypłacane jest w wysokości świadczenia przysługującego z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia (karencja na różnicę świadczeń).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 13.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału osoby, której dotyczy zdarzenie w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
 - 2) masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę, której dotyczy zdarzenie (dotyczy Ubezpieczonego) przestępstwa umyślnego,
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: **zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) pozostawania pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
 - a) Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
 - b) nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez Ubezpieczonego,
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu:
 - a) bez wymaganych odpowiednimi przepisami i ważnych uprawnień, chyba że brak tych uprawnień nie miał wpływu na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy pojazd mechaniczny lub inny pojazd nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 4) zawodowego, amatorskiego lub rekreacyjnego uprawiania następujących sportów:
 - a) sportów lotniczych,
 - b) sportów walki,
 - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
 - d) wszelkich form alpinizmu,
 - e) speleologii,
 - f) skoków do wody,
 - g) sportów ekstremalnych,
 - 5) choroby lub zatrucia się spowodowanych spożyciem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) samookaleczenia lub okaleczenia własną prośbą, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 7) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 8) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdźzystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 9) działań wykonywanych w związku z pełnieniem przez osobę, której dotyczy zdarzenie służby wojskowej.

3. Towarzystwo w zakresie zdarzenia: **pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:

- 1) pobyt w szpitalu miał miejsce lub operacja chirurgiczna została wykonana 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, uzdrowskiej,
 - d) hospicjum,
 - e) domu opieki,
 - f) ośrodka wypoczynkowego,
 - g) szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
 - 2) zdarzenie jest wynikiem, powstało w następstwie lub w związku z:
 - a) 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,
 - b) atakiem konwulsji, drgawkę, padaczkę, omdlenia lub utraty przytomności.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku** jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
- 1) chorób infekcyjnych i zawodowych,
 - 2) ataku konwulsji, drgawkę, padaczkę, omdlenia lub utraty przytomności.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** jest wyłączona w przypadku:
- 1) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 2) pobytu rehabilitacyjnego, prowadzenia jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
 - 3) pobytu w ramach prewencji rentowej,
 - 4) pobytu sanatoryjnego lub uzdrowskiego,
 - 5) świadczeń zdrowotnych: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, opieki długoterminowej.
6. Towarzystwo w zakresie zdarzenia: **operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli operacja chirurgiczna jest wynikiem, miała miejsce w następstwie lub w związku:
- 1) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
 - 2) leczeniem lub operacją chirurgiczną, które nie są medyczną koniecznością
 - 3) następstw błędów w sztuce lekarskiej,
 - 4) leczenia lub zabiegów leczniczych wykonywanych przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu **zdiagnozowania u Ubezpieczonego choroby śmiertelnej** jest wyłączona w przypadku gdy:
- 1) choroba śmiertelna powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku odpowiedzialności,
 - 2) wystąpienie choroby śmiertelnej jest wynikiem chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii lub zatrucia spowodowanego spożyciem tych substancji lub leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 14.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w ust. 2, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Beneficjent.
3. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
4. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 15.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do świadczenia lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Osoba uprawniona do świadczenia powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wystąpić z roszczeniem:
 - a) poprzez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia, drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl, albo
 - b) składając w Towarzystwie 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.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia,

a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

4. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
5. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 3 są:
 - 1) kopia dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli jest ona Beneficjentem
 - 2) wypis dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek jeżeli jest ona Ubezpieczonym,
 - 3) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 4) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta zgonu wystawiona przez lekarza stwierdzającego zgon),
 - 5) 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,
 - 6) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku o ile został wydany,
 - 7) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej (karta z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub historia choroby z przychodni) oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło pierwszej pomocy medycznej,
 - 8) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej,
 - 9) dokumenty medyczne potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu (w tym dokumentacja z udzielenia pierwszej pomocy, z przebiegu leczenia oraz dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia),
 - 10) karta informacyjna leczenia szpitalnego (wypis),
 - 11) 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.
 - 12) w przypadku, gdy OWU uzależnia wypłatę lub wysokość świadczenia od informacji określonych w umowie ubezpieczenia w ramach, której Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie z Towarzystwem Umowy ubezpieczenia SILVER SENIOR – dokument potwierdzający wysokość świadczeń z poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej, zakres ochrony, a także dokument potwierdzający zakończenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tej umowy o ile dokumenty te nie zostały doręczone do Towarzystwa przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz o ile odpowiedzialność nie była uprzednio udzielana przez Towarzystwo).
6. Towarzystwo może żądać przedstawiania dodatkowych dokumentów, uzasadniających wypłatę świadczenia.
7. Wszelkie dokumenty roszczeniowe powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie, przy czym 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, osobę wykonującą zawód zaufania publicznego, notariusza. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.
8. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ustalany jest po przedstawieniu dokumentacji medycznej potwierdzającej zakończenie leczenia. Towarzystwo może, w uzasadnionych przypadkach, wydać orzeczenie wstępne, określające minimalny procent trwałego uszczerbku, który po zakończeniu leczenia może zostać podwyższony.
9. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku stosuje się obowiązującą w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia „Tabele norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku”. Tabela, o której mowa w zdaniu poprzednim stanowi załącznik nr 1 do OWU.
10. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy pomiędzy procentem trwałego uszczerbku zaistniałego wskutek nieszczęśliwego wypadku, a procentem trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącym przed wypadkiem.
11. Wysokość świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem ograniczona jest do wysokości świadczenia odpowiadającego 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
12. 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.
13. Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
14. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
15. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 13, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
16. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

17. Świadczenia wypłacane z tytułu Umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
18. Świadczenia wypłacane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony sposób.
19. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
20. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
21. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia może skutkować brakiem odpowiedzialności Towarzystwa na warunkach przewidzianych w przepisach kodeksu cywilnego.

REKLAMACJE I SKARGI § 16.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), spadkobiercy posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia, jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącym osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób, będących osobami fizycznymi przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
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 Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy,
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu 22 867 66 67,
 - 3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – tylko jeśli reklamacje składa osoba fizyczna,
 - 4) w postaci elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.
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, przewidzianym 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 uprawnionych z Umowy ubezpieczenia lub spadkobierców posiadających interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy ubezpieczenia, będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji, w rozumieniu ustawy 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 Ubezpiezonego, będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji, w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy o prawach konsumenta.
6. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
7. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia lub spadkobiercy posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia 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.
8. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia 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>).
9. 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 wola 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.
10. Towarzystwo informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną, za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwi 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 r. W sprawie internetowej platformy 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 mojacompensa@compensazycie.com.pl.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA UMOWNE

§17

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Na dzień wprowadzenia do obrotu OWU przepisami regulującymi opodatkowanie świadczeń Towarzystwa są:
 - 1) ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - 2) ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.
5. Towarzystwo nie świadczy ochrony, ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzebraniem 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.
6. 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 właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego (spadkobiercy Ubezpiezonego) lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia (spadkobiercy uprawnionego).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 18.

1. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
3. Z tytułu Umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
4. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa do Umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
6. W sprawach nieregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
7. Wszelkie zmiany w Umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
8. Wszelkie oświadczenia woli związane z Umową ubezpieczenia wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
9. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki z tytułu Umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
10. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 22 lutego 2023 r.
11. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 8/02/2023 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 21 lutego 2023 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada na dniu 1 marca 2023 r. lub w terminie późniejszym.



Anna Włodarczyk-Moczowska
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 1

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

obowiązująca dla Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2019 r. lub w terminie późniejszym

Rodzaj uszkodzeń ciała	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy	
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez ubytków kostnych - wymagające szycia):	
a) uszkodzenia powłok czaszki bliżny do 5 cm dł.	1%
b) uszkodzenia powłok czaszki bliżny 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 (wgniębienia, 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. Porażenia i niedowłady połowicze:	
a) porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 - 1° wg skali Lovette'a	100%
b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg skali Lovette'a	60-80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg skali Lovette'a	40-60%
d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35%
e) monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
kończyna górna - wg skali Lovett'a	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) ołepienie 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 wewnętrzwydzielnicze 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 przewodzenia pokarmowego:	
a) jednostronne	5%
b) obustronne	15%
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe - w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	
	1-9%
B. Uszkodzenia twarzy	
20. Uszkodzenia powłok twarzy - wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpeczenia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%
b) oszpeczenia - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%
c) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpeczące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%
d) oszpeczenia 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 zekomy - 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 trwałe uszkodzenie 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% 80%
0,1 (1/10)	30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90%
0	35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 80% 90% 100%
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
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) jednoimiennie			20%	
34. Bezsoczewkowość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:				
a) w jednym oku			20%	
b) w obu oczach			35%	
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepodających 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 wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej			wg tabeli z poz. 27a	
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:				
a) zmiany niewielkie			2%	
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki			wg tabeli z poz. 27a	
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	Powyżej 70 dB
Ucho lewe	Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 - 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
Powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%
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			wg tabeli z poz. 42	
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego (pourazowe):				
a) jednostronne			1-5%	
b) obustronne			6-10%	
46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane: perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań (pourazowe):				
a) jednostronne			5-10%	
b) obustronne			11-20%	
47. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu (pourazowe)			wg tabeli z poz. 42	
48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:				

a) z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z poz. 42
b) z uszkodzeniem części statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40%
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50%
49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne - w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30%
b) dwustronne	20-60%
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	
a) niewielkiego stopnia	1-5%
b) znaczne upośledzenie połykania lub artykulacji	6-15%
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki dotchawiczej - w zależności od stopnia zwężenia	5-20%
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki dotchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia	15-40%
b) z bezgłosem	50%
53. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10%
b) z niewydolnością oddechową - potwierdzoną badaniami dodatkowymi (spirometrią)	11-50%
54. Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	5-20%
b) odżywianie tylko płynami	21-40%
c) całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	45%
55. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (rany wymagające szycia):	
a) oszpeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) oszpeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni) z ograniczeniem ruchomości	3%
c) oszpeczenia 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%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
57. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita	1-5%
58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9%
b) całkowita	10-20%
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber - zniekształcenie znacznego stopnia	2-5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10%
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3-5%
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone - zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4%
b) z niewydolnością oddechową - w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30%
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	20-40%

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5%
b) z objawami niewydolności układu krążenia - I stopień wg NYHA	10%
c) z objawami niewydolności układu krążenia - II stopień wg NYHA	20%
d) z objawami niewydolności układu krążenia - III stopień wg NYHA	21-30%
e) z objawami niewydolności układu krążenia - IV stopień wg NYHA	31-60%
64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji - po leczeniu operacyjnym	4%
b) zaburzenia średniego stopnia	8%
c) zaburzenia dużego stopnia - z niewydolnością oddechową	15%
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu - nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - 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 niepowodujące 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 (nieujętych 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 i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztynieniem (usztynienia 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 zesztynieniem (usztynienia 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 zesztynieniem (usztynienia 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 kręgow, 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), umożliwiając poruszanie się za pomocą dwóch łasek	50-70%	
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiając poruszanie się o jednej lasce	20-40%	
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrzeniowym)	80%	
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrzeniowym)	40-60%	
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrzeniowym)	10-20%	
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30%	
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5%	
K. Uszkodzenia miednicy		
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a) leczone zachowawczo	3-5%	
b) leczone operacyjnie	6-10%	
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 Malgaing'e'a) bez przemieszczenia	10%	
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaing'e'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 ramienno-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. Zwinięcie 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, zwinięcia, skręcenia, złamania bliższego końca kości ramiennej:		
a) skręcenia	2%	1%
b) zwinięcia 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 nieodprowadzone zwinięcie 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 wiótki z powodu porażenia 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) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni)	1%	
b) ospzeczenia - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni)	3%	
c) ospzeczenia z zaburzeniami funkcji - widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni)	5%	
d) rozległe uszkodzenia (powyżej 5 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / bez ograniczenia ruchomości)	2-3%	
e) zmiany z zaburzeniami funkcji - rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm ² powierzchni - uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych / z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	5%	
f) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA - za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgna Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójkątowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.		
112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%
ŁOKIEĆ		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego - złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2%	1%
b) zwinięcia 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%
114. 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%
115. Wiszący staw łokciowy - w zależności od stopnia wiótkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) 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%
118. 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%
119. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 117-118, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
120. 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		
121. 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%
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka - w zależności od charakteru kikutu i jego przydatności do oprotezowania	55%	50%
123. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15%	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:		
		5%
ŚRÓDRĘCZE		
125. Złamania kości śródreżca:		
a) I lub II kości śródreżca (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia		2%
- z przemieszczeniem		3%
b) III, IV i V kości śródreżca (za każdą kość):		
- bez przemieszczenia		1%
- z przemieszczeniem		2%
126. 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		
127. 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%
128. 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		
129. 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%
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, złamania, 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		
131. 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%
132. Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca		+4%
133. 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		
134. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej		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. Zeszywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym		10-30%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		31-40%
137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przekłartarzowych i podkłętarzowych, złamań krętarzy itp.) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:		

a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm		6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu		12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe <2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)		16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)		20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu		15%
138. Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi		+5%
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwipochodne 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		
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych		
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:		
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) zeszywnienie całkowite stawu kolanowego		20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką 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%, meniscektomie, 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) zwicnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwicnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprustu 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	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 mierząc od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY i SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwicnięcia, 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 podeszwowego 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 zwicnięcia 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 obuwie 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) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
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, złamania 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 - ½ 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. Porażenia lub niedowłady 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 poślądkowych (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 172 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).

173. 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 podwsięrdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%

174. 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 połowicze	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%

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/01/2019 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 25 stycznia 2019 r. wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2019 r.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tariski
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK NR 2

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Grupa a

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przelyku	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 podołonowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
12	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
13	Operacja naprawcza przelyku	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	Wszczępienie 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 przelyku i żołądka	A
36	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
37	Zespolenie omijające przelyku	A

Grupa B

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
38	Amputacja ręki	B
39	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	B
40	Całkowite wycięcie nerki	B
41	Całkowite wycięcie sutka	B
42	Częściowe wycięcie żołądka	B
43	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
44	Katarakta – usunięcie obustronne	B
45	Lewostronna hemikolektomia	B
46	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
47	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
48	Plastyka tchawicy	B
49	Protezowanie głowy kości udowej	B
50	Resekcja poprzeczniczy	B
51	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
52	Wycięcie dwunastnicy	B
53	Wycięcie odbytu	B
54	Wycięcie oplotkowej metodą otwartą	B

Grupa C

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
55	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
56	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
57	Amputacja nosa	C

58	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów	C
59	Częściowe usunięcie oskrzela	C
60	Częściowe wycięcie nerki	C
61	Częściowe wycięcie przelyku	C
62	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
63	Częściowe wycięcie wątroby	C
64	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
65	Gastrostomia	C
66	Jejunostomia	C
67	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
68	Nacięcie nerki	C
69	Obustronne wycięcie jąder	C
70	Operacja ciała szklстого	C
71	Operacja dotycząca krezki jelita	C
72	Operacja dotycząca sieci	C
73	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
74	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
75	Operacja naprawcza gardła	C
76	Operacja naprawcza tętnicy	C
77	Operacja naprawcza moczowodu	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
82	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
83	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
84	Operacyjna plastyka oczodołu	C
85	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
86	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
87	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
88	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
89	Protezowanie głowy kości ramiennej	C
90	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
91	Przeszczep mięśnia	C
92	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	C
93	Przeznaczeniowa operacja aorty	C
94	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu metodą otwartą	C
95	Reimplantacja innego narządu	C
96	Reimplantacja kończyny dolnej	C
97	Reimplantacja kończyny górnej	C
98	Reimplantacja moczowodu	C
99	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
100	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
101	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
102	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
103	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
104	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy	C
105	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
106	Rewizja zespolenia przelyku	C
107	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie	C
108	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
109	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
110	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
111	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
112	Wentrykulostomia	C
113	Wprowadzenie endoprotezy przelyku metodą otwartą	C
114	Wycięcie cewki moczowej	C
115	Wycięcie gałki ocznej	C
116	Wycięcie tętnicy	C
117	Wycięcie języka	C
118	Wycięcie macicy	C
119	Wycięcie moczowodu	C
120	Wycięcie nadnercza	C
121	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	C

122	Wycięcie żuchwy	C
123	Wylonienie jelita ślepego	C
124	Wytworzenie ileostomii	C
125	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
126	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
127	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
128	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
129	Zespolenie omijające jelita czczego	C
130	Zespolenie omijające jelita krętego	C
131	Zespolenie omijające okrężnicy	C
132	Zespolenie omijające przełyk	C
133	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C

Grupa D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
134	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stawu skokowego	D
135	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka D	D
136	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
137	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
138	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
139	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
140	Drenaż osierdzia	D
141	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
142	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
143	Jednostronne wycięcie jądra	D
144	Kątowe okolostawowe rozdzielenie kości	D
145	Korekcja deformacji wargi	D
146	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
147	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
148	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
149	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	D
150	Nacięcie osierdzia	D
151	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
152	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
153	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
154	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
155	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
156	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	D
157	Wycięcie kaletki maziowej	D
158	Operacja naprawcza najądrza	D
159	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
160	Operacja naprawcza czaszki	D
161	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
162	Operacja naprawcza rogówki	D
163	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
164	Operacja opłucnej przy użyciu endoskopu	D
165	Operacja wodniaka jądra	D
166	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
167	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
168	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
169	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
170	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
171	Plastyka nosa	D
172	Plastyka rogówki	D
173	Plastyka ucha zewnętrznego	D
174	Powiększenie pęcherza	D
175	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
176	Protezowanie gałki ocznej	D
177	Protezowanie jądra	D
178	Protezowanie stawu innej kości	D
179	Protezowanie ścięgna	D
180	Przełożenie ścięgna	D
181	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
182	Przeszczep płata słuzówki	D
183	Przeszczep powięzi	D
184	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
185	Rekonstrukcja powieki	D
186	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
187	Rewizja ileostomii	D
188	Rewizja protezy gałki ocznej	D
189	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D

190	Rozdzielenie trzonu kości	D
191	Siatkowy autoprzyszczep skóry	D
192	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
193	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
194	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
195	Usunięcie moszny	D
196	Uwolnienie przykurczu mięśnia metodą otwartą	D
197	Uwolnienie ścięgna metodą otwartą	D
198	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
199	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości ze stabilizacją	D
200	Wycięcie kości twarzy	D
201	Wycięcie nerwu obwodowego	D
202	Wycięcie pochewki ścięgna	D
203	Wycięcie powięzi brzucha	D
204	Wycięcie ścięgna	D
205	Wycięcie tęczówki	D
206	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
207	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
208	Zmiana długości ścięgna	D
209	Zniszczenie nerwu obwodowego	D

Grupa E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
210	Amputacja palucha	E
211	Częściowe wycięcie wargi	E
212	Drenaż kości	E
213	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
214	Drenaż przez okolice krocza	E
215	Drenaż ucha środkowego	E
216	Korekcja deformacji powieki	E
217	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
218	Nacięcie języka	E
219	Nacięcie powieki	E
220	Nacięcie spojówki	E
221	Nacięcie sutka	E
222	Nacięcie torebki soczewki oka	E
223	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	E
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-powięziowego	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	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 prącia	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

O BOWIĄZEK 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: 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. Prawnem 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 wprowadzonymi 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 umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych

Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

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

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

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

COMPENSA 

VIENNA INSURANCE GROUP

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