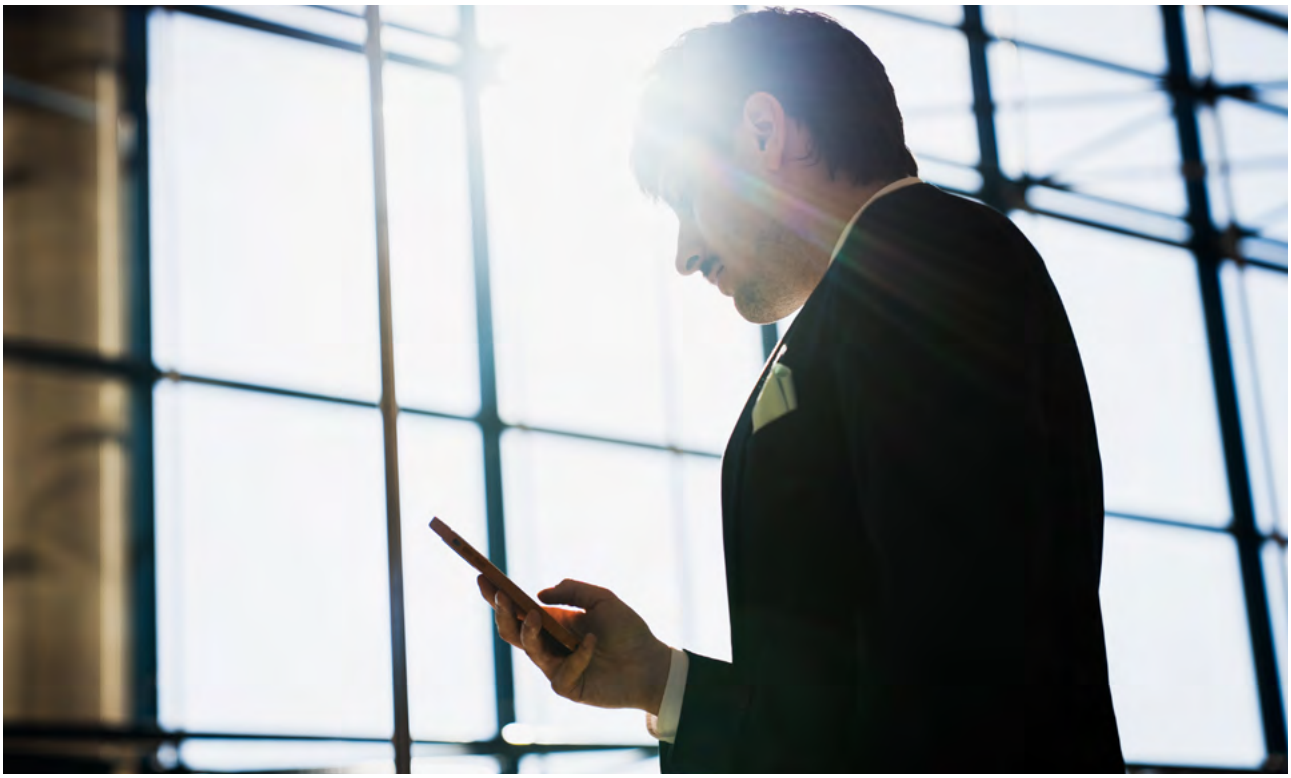
Wszystko o ubezpieczeniu ERGO Życie w Biznesie



Jak skorzystać z ubezpieczenia

Zgłoś roszczenie w wybrany przez Ciebie sposób

- skorzystaj z formularza na stronie: www.ergohestia.pl
- zadzwoń pod numer: 801 107 107 albo 58 555 55 55
- wyślij na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16

Spis dokumentów

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym 3
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie 11

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

W tym dokumencie zawarliśmy obiektywne informacje o produkcie grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie.

Używamy pojęć „ubezpieczający", „ubezpieczony" oraz zwrotów typu „Ty" oraz „my", aby ułatwić komunikację między nami:

1. jeśli piszemy „ubezpieczający" – mamy na myśli osobę lub podmiot, który zawiera z nami umowę;
2. jeśli piszemy „ubezpieczony" lub używamy zwrotów typu „Ty" (Ciebie, Ci, Twój, itp.) – mamy na myśli osobę, która przystąpiła do umowy i której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. przystępujesz, możesz;
3. jeśli piszemy w formie „my" – mamy na myśli nas, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.; dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. wypłacimy, obejmujemy.

Pojęcia, których używamy w tym dokumencie przyjmują znaczenie, które określiliśmy w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie, Kod: EZwB 01/25 (dalej: Warunki ERGO Życie w Biznesie).

Informacje podstawowe

Ubezpieczyciel:	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie
Produkt:	ERGO Życie w Biznesie
Inne istotne informacje:	Pełne informacje o produkcie ERGO Życie w Biznesie podajemy przed zawarciem umowy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie; informacje dotyczące zawartej z ubezpieczającym umowy podajemy w polisie, a dotyczące udzielanej Tobie ochrony – w certyfikacie

Rodzaj ubezpieczenia

ERGO Życie w Biznesie to dobrowolne, grupowe ubezpieczenie na życie z grupy 1, które może być uzupełnione o ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe z grupy 5, w dziale I załącznika do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Cel produktu i zakres ubezpieczenia

Celem produktu jest ochrona ubezpieczeniowa na całym świecie na wypadek zdarzeń losowych dla pracowników oraz ich bliskich.

Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Zakres ubezpieczenia ubezpieczający może rozszerzyć w wariantach o pozostałe zdarzenia, spośród dostępnych w produkcie ERGO Życie w Biznesie, które wskazaliśmy w Tabeli 1. Przystępując do umowy można wybrać jeden wariant pakietu głównego oraz jeden wariant każdego pakietu dodatkowego, spośród dostępnych w umowie i wskazanych w polisie. Zakres ubezpieczenia ERGO Życie w Biznesie – wybrany przez Ciebie spośród dostępnego w umowie – wskazujemy w certyfikacie.

Tabela 1: Zakres ubezpieczenia dostępny w produkcie ERGO Życie w Biznesie

1	Zgon ubezpieczonego
2	Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
3	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

4	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy
5	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy
6	Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
7	Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
8	Zgon ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej
9	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
10	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność powyżej 4% uszczerbku
11	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego
12	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy
13	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy
14	Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
15	Koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
16	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
17	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
18	Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku
19	Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
20	Trwałe inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
21	Poważne zachorowanie ubezpieczonego
22	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową
23	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór in situ
24	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę układu krążenia
25	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę zakaźną
26	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dzienne
27	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne
28	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy – świadczenie dzienne
29	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne
30	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – świadczenie dzienne
31	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – świadczenie dzienne
32	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne
33	Leczenie szpitalne ubezpieczonego niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne
34	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT – świadczenie dzienne
35	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe

36	Rekonwalescencja ubezpieczonego – świadczenie dzienne
37	Rekonwalescencja ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe
38	Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe
39	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne
40	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne
41	Koszty leczenia poszpitalnego ubezpieczonego
42	Pobyt ubezpieczonego w sanatorium po leczeniu szpitalnym
43	Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego
44	Leczenie specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego
45	Leczenie specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego
46	Czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego
47	Operacja chirurgiczna ubezpieczonego
48	Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
49	Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego
50	Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
51	Zgon małżonka albo partnera
52	Zgon małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
53	Zgon małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego
54	Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
55	Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
56	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
57	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego
58	Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
59	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
60	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
61	Trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
62	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera
63	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową
64	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór in situ
65	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia
66	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną
67	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dzienne
68	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne
69	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku w pracy – świadczenie dzienne

70	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne
71	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – świadczenie dzienne
72	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – świadczenie dzienne
73	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne
74	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne
75	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na OIOM/OIT – świadczenie dzienne
76	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe
77	Rekonwalescencja małżonka albo partnera – świadczenie dzienne
78	Rekonwalescencja małżonka albo partnera – świadczenie jednorazowe
79	Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym małżonka albo partnera – świadczenie jednorazowe
80	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne
81	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne
82	Leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera
83	Leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera
84	Leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera
85	Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera
86	Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
87	Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera
88	Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
89	Zgon dziecka
90	Zgon dziecka bez względu na wiek
91	Zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
92	Zgon dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego
93	Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
94	Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego
95	Trwałe inwalidztwo dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
96	Poważne zachorowanie dziecka
97	Poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową
98	Poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną
99	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne
100	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne
101	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne
102	Leczenie szpitalne dziecka niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne
103	Leczenie szpitalne dziecka – świadczenie jednorazowe
104	Leczenie szpitalne dziecka na OIOM/OIT – świadczenie dzienne

105	Leczenie szpitalne dziecka na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe
106	Leczenie szpitalne dziecka na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne
107	Leczenie specjalistyczne dziecka
108	Leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka
109	Operacja chirurgiczna dziecka
110	Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
111	Powikłania pooperacyjne dziecka
112	Powikłania pooperacyjne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
113	Osierocenie dziecka w wyniku zgonu ubezpieczonego
114	Osierocenie dziecka wskutek zgonu obojga rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku
115	Urodzenie się dziecka
116	Urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej
117	Urodzenie martwego noworodka
118	Wada wrodzona dziecka
119	Zgon rodzica ubezpieczonego
120	Zgon rodzica ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
121	Zgon rodzica ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego
122	Zgon rodzica małżonka albo partnera
123	Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
124	Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Kto może zawrzeć umowę

Ubezpieczającym, z którym zawieramy umowę może być:

1. osoba fizyczna;
2. osoba prawna; lub
3. jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną.

Jeśli ubezpieczający jest osobą fizyczną musi mieć stałe miejsce zamieszkania w Polsce. Jeśli ubezpieczający jest osobą prawną musi mieć siedzibę jednostki organizacyjnej objętej umową w Polsce.

Kto może przystąpić do umowy

Jeśli umowa nie stanowi inaczej, to do umowy może przystąpić pracownik, który spełnia wszystkie następujące warunki:

1. spełnia definicję pracownika w rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie;
2. jest w wieku od 15 lat do 70 roku życia;
3. jest aktywny zawodowo w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji zgody, czyli:
   a) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim,
   b) nie przebywa w szpitalu (w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku), w hospicjum, ani w innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
   c) nie jest uznany za niezdolną do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym ani nie ubiega się o nie,
   d) nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego ani też nie ubiega się o nie;

4. przedstawił dodatkowe informacje lub dokumenty niezbędne do oceny przez nas ryzyka ubezpieczeniowego, w tym dotyczące sytuacji finansowej i stanu zdrowia lub poddał się na nasze zlecenie i na nasz koszt badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyjątkiem badań genetycznych);
5. spełnił dodatkowe kryteria objęcia ochroną, wskazane przez ubezpieczającego, zaakceptowane przez nas i potwierdzone w polisie.

Dodatkowo do umowy może przystąpić małżonek albo partner lub pełnoletnie dziecko ubezpieczonego pracownika, którzy:

1. są w wieku od 18 lat do 70 roku życia;
2. jednocześnie nie spełnią definicji pracownika w rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Kogo obejmujemy ochroną

Ochroną obejmiemy osobę, która spełnia warunki określone w poprzednim rozdziale, jeśli:

1. złożyła papierową lub elektroniczną deklarację zgody; oraz
2. przeszła ocenę ryzyka, które zaakceptowaliśmy; oraz
3. ubezpieczający umieścił ją na liście (papierowej lub elektronicznej) osób przystępujących do umowy; oraz
4. ubezpieczający opłacił składkę.

Kwota świadczenia

Kwota świadczenia to kwota, którą wypłacimy w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie na zasadach określonych w Warunkach ERGO Życie w Biznesie. Kwotę świadczeń wskazujemy w polisie i w certyfikacie. Jeśli świadczenie dotyczy zgonu to kwota świadczenia jest sumą ubezpieczenia.

Składka

Wysokość składki ustalamy na podstawie kryteriów, które wskazujemy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie (np. zakresu ubezpieczenia i kwoty świadczeń) i na podstawie taryfy ubezpieczeniowej obowiązującej w dniu zawarcia umowy, a przy przedłużeniu ochrony – taryfy ubezpieczeniowej – obowiązującej w rocznicę polisy.

Składkę opłaca ubezpieczający – zbiorczo za wszystkich ubezpieczonych, przelewem na indywidualny numer konta bankowego, który wskazujemy w polisie. Ubezpieczający opłaca składkę miesięcznie w terminie, który wskazujemy w polisie.

Karencje

W produkcie występują karencje, czyli okresy wyłączenia lub ograniczenia naszej odpowiedzialności w odniesieniu do osób przystępujących do umowy, rozszerzających zakres ubezpieczenia o pakiety dodatkowe, zmieniających wariant w pakiecie głównym lub w pakiecie dodatkowym.

Szczegółowe zasady, na jakich stosujemy karencje określiliśmy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie.

Obowiązki ubezpieczającego

Ubezpieczający ma w szczególności następujące obowiązki związane z umową:

1. podać prawdziwe, znane mu informacje, o które pytamy przed zawarciem umowy;
2. podać informacje niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub do potwierdzenia zasadności roszczenia;
3. informować nas o zmianach danych osobowych (np. nazwisko, numer dokumentu tożsamości) lub rejestrowych (np. dane z KRS albo CEIDG) oraz danych kontaktowych (np. adres, numer telefonu, e-mail);
4. terminowo opłacać należną składkę za wszystkich ubezpieczonych;

5. jeśli umowa nie stanowi inaczej – osobom zainteresowanym przystąpieniem do umowy, zanim wyrażą zgodę na objęcie ochroną lub zanim wyrażą zgodę na finansowanie kosztu składki, przekazać Warunki ERGO Życie w Biznesie w jednej z następujących postaci:
   a) papierowej – doręczyć;
   b) elektronicznej – udostępnić w taki sposób, aby mogły je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności;
6. przekazywać ubezpieczonym informacje dotyczące umowy w przypadku:
   a) zmiany warunków umowy (w tym składki, zakresu ubezpieczenia, świadczeń),
   b) przedłużenia albo nieprzedłużenia umowy na kolejny rok polisowy,
   c) rozwiązania umowy;
7. potwierdzać stan grupy ubezpieczonych w sposób z nami uzgodniony (z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej).

Obowiązki ubezpieczonego

Aby przystąpić do umowy musisz:

1. podać prawdziwe, znane Tobie informacje, o które pytamy przed objęciem ochroną;
2. jeśli będzie to niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub niezbędne do ustalenia naszej odpowiedzialności i kwoty świadczenia – na nasze zlecenie i na nasz koszt poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych;
3. informować nas o zmianach danych osobowych (np. nazwisko, numer dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (np. adres, numer telefonu, e-mail) – jeśli zobowiążesz się do tego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności to sytuacje, w których nie udzielamy ochrony i nie wypłacamy świadczenia.

Przykłady takich sytuacji to śmierć lub urazy powstałe w wyniku działań wojennych lub aktów terroryzmu. W Warunkach ERGO Życie w Biznesie szczegółowo opisujemy ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności w poszczególnych ubezpieczeniach.

Okres, na jaki zawierana jest umowa

Umowa zawierana jest na okres jednego roku, liczonego od daty początku ubezpieczenia wskazanej w polisie. Umowa ulega przedłużeniu na kolejny rok ubezpieczenia, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Okres trwania ubezpieczenia

Twoje ubezpieczenie:

1. rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca po złożeniu deklaracji zgody, jeśli ją zaakceptujemy;
2. zakończy się z ostatnim dniem miesiąca, w którym z niego zrezygnujesz lub w innych sytuacjach, które wskazaliśmy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie.

Wypowiedzenie lub odstąpienie od umowy

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego po złożeniu nam oświadczenia o wypowiedzeniu umowy) ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca.

Przykład:

Wypowiedzenie umowy otrzymaliśmy 5 maja. Umowa zakończy się po miesięcznym okresie wypowiedzenia, z ostatnim dniem następnego miesiąca, czyli 30 czerwca.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy, składając nam oświadczenie w tym przedmiocie:

1. w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy, a jeśli jest przedsiębiorcą to w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; lub
2. w terminie 30 dni od dnia, w którym dowie się o prawie odstąpienia od umowy – jeśli jest konsumentem i nie poinformowaliśmy go o prawie odstąpienia od umowy najpóźniej w chwili jej zawarcia.

Rezygnacja z ubezpieczenia

Możesz zrezygnować z ubezpieczenia ERGO Życie w Biznesie (wystąpić z umowy) w każdym czasie ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym złożysz nam oświadczenie o rezygnacji.

Przykład:

Złożyłeś nam rezygnację z ubezpieczenia 5 maja. Twoje ubezpieczenie zakończy się z ostatnim dniem miesiąca, czyli 31 maja.

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia ERGO Życie w Biznesie

Jak skorzystać z ubezpieczenia

Zgłoś roszczenie w wybrany przez Ciebie sposób

- skorzystaj z formularza na stronie: www.ergohestia.pl
- zadzwoń pod numer: 801 107 107 albo 58 555 55 55
- napisz na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16

ERGO HESTIA

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie **ERGO Życie w Biznesie**

Kod: EZwB 01/25
Data wejścia w życie: 22.12.2025 r.

Spis treści

Informacje o Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie 24
Wstęp 36
Dlaczego warto zapoznać się z tym dokumentem 36
Jakie informacje zawarliśmy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie 36
Jak czytać Warunki ERGO Życie w Biznesie 36

Rozdział 1. Ogólne informacje i używane pojęcia 37
Co znajdziesz w tym dokumencie 37
Co oznaczają pojęcia, których używamy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie 37

Rozdział 2. Zasady zawierania i przedłużania umowy oraz obejmowania ochroną 45
Jak zawieramy umowę 45
Co jest przedmiotem ubezpieczenia, jaki jest rodzaj ubezpieczenia i jego zakres 46
Jaka jest data zawarcia umowy 49
Na jaki okres zawierana jest umowa 49
Jak doręczymy polisę z odstępstwami 49
Jakie są zasady przystąpienia do umowy i objęcia ochroną pracownika 50
Jakie są zasady przystąpienia do umowy i objęcia ochroną współubezpieczonego 51
Jak wskazać, zmienić lub odwołać wskazanie partnera 52
Jakie są zasady zmiany warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy 52
Jakie są zasady zmiany wariantu w pakiecie głównym 53
Jakie są zasady zmiany zakresu ubezpieczenia o pakiety dodatkowe 54

Rozdział 3. Jakie są obowiązki związane z umową 55
Jakie są obowiązki ubezpieczającego 55
Jakie są Twoje obowiązki 56
Jakie są nasze obowiązki związane z umową 57

Rozdział 4. Składka 58
Jak opłacać składkę 58
Jak ustalamy wysokość składki 59
Co się stanie, jeśli ubezpieczający nie opłaci składki 59

Rozdział 5. Zakończenie umowy lub ochrony 59
Kiedy rozwiązuje się umowa, kiedy kończy się ochrona 59
Jak wypowiedzieć umowę lub zrezygnować z ubezpieczenia 60
Kiedy i jak ubezpieczający może odstąpić od umowy 61

Rozdział 6. Zgłaszanie roszczeń i termin realizacji świadczeń 61
Jak zgłosić roszczenie 61
W jakim terminie realizujemy świadczenia 61

Rozdział 7. Reklamacje 62
Kto może złożyć reklamacje 62
Jak złożyć reklamacje na nasze usługi lub naszego agenta wyłącznego 62
W jakim terminie odpowiemy na reklamacje 62
Jak odpowiemy na reklamacje 62

Do kogo jeszcze można się zwrócić . . . 62
Jak złożyć reklamacje na usługi multiagenta . . . 63

Rozdział 8. Rozpatrywanie sporów . . . 63
Według jakiego prawa rozpatrywane są spory . . . 63
Który sąd jest właściwy do rozpatrzenia sporów . . . 63
Kto oprócz sądu może jeszcze rozpatrzyć spór . . . 63

Rozdział 9. Dane kontaktowe i inne informacje . . . 64
W jaki sposób możemy się kontaktować. . . . 64
Jak przetwarzamy dane osobowe . . . 64
Co stosujemy w sprawach nieuregulowanych Warunkami ERGO Życie w Biznesie. . . . 64
Jakie jest prawo właściwe dla umowy i w jakim języku ją zawieramy . . . 65
Jakie są zasady opodatkowania świadczeń . . . 65
Jak będziemy postępować w przypadku sankcji . . . 65
Gdzie znaleźć nasze sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej . . . 65
Czy w metodach kalkulacji rezerw są czynniki, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia . . . 66
Co zrobimy w przypadku zmiany systemu monetarnego lub denominacji . . . 66

Rozdział 10. Zgon ubezpieczonego . . . 66
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 66
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 66
Kiedy stosujemy karencję . . . 66
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 67
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 67

Rozdział 11. Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 68
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 68
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 68
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 68
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 69

Rozdział 12. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 69
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 69
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 70
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 70
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 71

Rozdział 13. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy. . . . 71
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 71
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 71
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 72
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 72

Rozdział 14. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy . . . 73
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 73
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 73
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 74
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 74

Rozdział 15. Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego. . . . 75
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 75
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 75
Kiedy stosujemy karencję . . . 76
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 76
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 76

Rozdział 16. Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. . . . 77
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 77
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 77
Kiedy stosujemy karencję . . . 78

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 78
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 78

Rozdział 17. Zgon ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej . . . 79
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 79
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 79
Kiedy stosujemy karencję . . . 80
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 80
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 80

Rozdział 18. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 81
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 81
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 81
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 82
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 82

Rozdział 19. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność powyżej 4% uszczerbku . . . 83
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 83
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 83
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 84
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 84

Rozdział 20. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 85
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 85
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 85
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 86
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 86

Rozdział 21. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy . . . 87
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 87
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 87
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 88
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 88

Rozdział 22. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy . . . 89
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 89
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 89
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 90
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 90

Rozdział 23. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 91
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 91
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 91
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 92
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 92

Rozdział 24. Koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 93
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 93
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 93
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 93
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 94

Rozdział 25. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego . . . 94
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 94
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 95
Kiedy stosujemy karencję . . . 95
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 95

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 96

Rozdział 26. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu . . . 97
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 97
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 97
Kiedy stosujemy karencję . . . 98
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 98
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 98

Rozdział 27. Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku . . . 99
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 99
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 99
Kiedy stosujemy karencję . . . 100
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie realizujemy świadczeń . . . 100
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 100

Rozdział 28. Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 101
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 101
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 101
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie realizujemy świadczeń . . . 102
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 102

Rozdział 29. Trwałe inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 103
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 103
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 103
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 104
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 105

Rozdział 30. Poważne zachorowanie ubezpieczonego . . . 105
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 105
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 105
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 108
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 108
Kiedy stosujemy karencję . . . 109
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 109
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 110

Rozdział 31. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową . . . 110
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 110
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 110
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 111
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 111
Kiedy stosujemy karencję . . . 111
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 111
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 112

Rozdział 32. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór in situ . . . 112
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 112
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 112
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 114
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 115
Kiedy stosujemy karencję . . . 115
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 115
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 116

Rozdział 33. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę układu krążenia . . . 116
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 116
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 116
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 117
Kiedy stosujemy karencję . . . 117

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 117
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 118

Rozdział 34. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę zakaźną . . . 119
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 119
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 119
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 120
Kiedy stosujemy karencję . . . 120
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 120
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 121

Rozdział 35. Leczenie szpitalne ubezpieczonego . . . 122
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach wypłacamy świadczenia . . . 122
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 124
Kiedy stosujemy karencję . . . 124
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 124
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 125

Rozdział 36. Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne . . . 126
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach świadczenia wypłacamy . . . 126
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 126
Kiedy stosujemy karencję . . . 126
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 126
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 127

Rozdział 37. Koszty leczenia poszpitalnego ubezpieczonego . . . 127
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 127
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 128
Kiedy stosujemy karencję . . . 128
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 128
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 128

Rozdział 38. Pobyt ubezpieczonego w sanatorium po leczeniu szpitalnym . . . 128
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 128
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 129
Kiedy stosujemy karencję . . . 129
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 129
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 129

Rozdział 39. Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego . . . 129
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 129
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 132
Kiedy stosujemy karencję . . . 132
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 132
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 133

Rozdział 40. Leczenie specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego . . . 133
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 133
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 134
Kiedy stosujemy karencję . . . 134
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 134
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 135

Rozdział 41. Leczenie specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego . . . 136
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 136
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 136
Kiedy stosujemy karencję . . . 137
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 137
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 138

Rozdział 42. Czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego . . . 138
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 138
Jak definiujemy czasową niezdolność do pracy . . . 138

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 138
Kiedy stosujemy karencję . . . 139
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 139
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 139

Rozdział 43. Operacja chirurgiczna ubezpieczonego . . . 140
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 140
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 140
Kiedy stosujemy karencję . . . 141
Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną. . . . 141
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 142
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 142

Rozdział 44. Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 143
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 143
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 143
Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną. . . . 144
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 144
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 145

Rozdział 45. Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego . . . 145
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 145
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 146
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 146
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 146

Rozdział 46. Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 146
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 146
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 146
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 147
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 147

Rozdział 47. Zgon małżonka albo partnera . . . 147
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 147
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 147
Kiedy stosujemy karencję . . . 147
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 147
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 148

Rozdział 48. Zgon małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 148
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 148
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 148
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 149
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 149

Rozdział 49. Zgon małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 150
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 150
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 150
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 150
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 151

Rozdział 50. Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego . . . 151
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 151
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 152
Kiedy stosujemy karencję . . . 152
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 152
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 153

Rozdział 51. Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu . . . 153
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 153
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 153
Kiedy stosujemy karencję . . . 154

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 154
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 154

Rozdział 52. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 155
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 155
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 155
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 156
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 156

Rozdział 53. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 157
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 157
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 157
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 158
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 158

Rozdział 54. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 159
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 159
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 160
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 160
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 160

Rozdział 55. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego . . . 161
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 161
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 161
Kiedy stosujemy karencję . . . 162
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 162
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 163

Rozdział 56. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu . . . 163
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 163
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 164
Kiedy stosujemy karencję . . . 164
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 164
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 165

Rozdział 57. Trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 166
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 166
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 166
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 167
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 168

Rozdział 58. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera . . . 168
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 168
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 169
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 171
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 172
Kiedy stosujemy karencję . . . 172
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 172
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 173

Rozdział 59. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową . . . 173
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 173
Jak definiujemy poważne zachorowania . . . 173
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 174
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 174
Kiedy stosujemy karencję . . . 174
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 174
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 175

Rozdział 60. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór in situ 175
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 175
Jak definiujemy poważne zachorowanie 176
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 177
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony 178
Kiedy stosujemy karencję 178
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 178
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 179

Rozdział 61. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia 179
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 179
Jak definiujemy poważne zachorowanie 179
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 180
Kiedy stosujemy karencję 180
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 181
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 181

Rozdział 62. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną 182
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 182
Jak definiujemy poważne zachorowanie 182
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 183
Kiedy stosujemy karencję 183
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 183
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 184

Rozdział 63. Leczenie szpitalne małżonka albo partnera 185
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 185
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 187
Kiedy stosujemy karencję 187
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 187
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 189

Rozdział 64. Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne 189
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach świadczenia wypłacamy 189
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 189
Kiedy stosujemy karencję 190
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 190
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 190

Rozdział 65. Leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera 191
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i jaka jest podstawa świadczenia 191
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 193
Kiedy stosujemy karencję 193
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 194
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 194

Rozdział 66. Leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera 195
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 195
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 196
Kiedy stosujemy karencję 196
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 196
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 197

Rozdział 67. Leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera 197
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 197
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy 198
Kiedy stosujemy karencję 198
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia 198
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia 199

Rozdział 68. Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera 200
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną 200

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 200
Kiedy stosujemy karencję . . . 201
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 201
Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną. . . . 202
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 202

Rozdział 69. Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 203
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 203
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 203
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 204
Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną. . . . 204
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 205

Rozdział 70. Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera . . . 205
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 205
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 206
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 206
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 206

Rozdział 71. Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 206
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 206
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 207
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 207
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 207

Rozdział 72. Zgon dziecka . . . 207
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 207
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 207
Kiedy stosujemy karencję . . . 208
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 208
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 208

Rozdział 73. Zgon dziecka bez względu na wiek . . . 208
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 208
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 208
Kiedy stosujemy karencję . . . 209
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 209
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 209

Rozdział 74. Zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 209
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 209
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 210
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 210
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 210

Rozdział 75. Zgon dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 211
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 211
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 211
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 211
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 212

Rozdział 76. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 212
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 212
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 212
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 213
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 214

Rozdział 77. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 214
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 214
Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy . . . 214
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 215
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 216

Rozdział 78. Trwałe inwalidztwo dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 216
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 216
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 216
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 218
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 218

Rozdział 79. Poważne zachorowanie dziecka . . . 219
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 219
Jak definiujemy poważne zachorowanie . . . 219
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 220
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 220
Kiedy stosujemy karencję . . . 220
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 220
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 221

Rozdział 80. Poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową . . . 221
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 221
Jak definiujemy poważne zachorowanie . . . 222
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 222
Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony . . . 222
Kiedy stosujemy karencję . . . 222
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 223
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 223

Rozdział 81. Poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną . . . 224
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 224
Jak definiujemy poważne zachorowanie . . . 224
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 224
Kiedy stosujemy karencję . . . 225
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 225
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 226

Rozdział 82. Leczenie szpitalne dziecka . . . 226
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 226
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 227
Kiedy stosujemy karencję . . . 228
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 228
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 229

Rozdział 83. Leczenie szpitalne dziecka na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne . . . 230
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach świadczenia wypłacamy . . . 230
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 230
Kiedy stosujemy karencję . . . 230
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 230
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 231

Rozdział 84. Leczenie specjalistyczne dziecka . . . 231
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i jaka jest podstawa świadczenia . . . 231
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 233
Kiedy stosujemy karencję . . . 233
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 233
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 234

Rozdział 85. Leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka . . . 235
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 235
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 235
Kiedy stosujemy karencję . . . 236
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 236
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 237

Rozdział 86. Operacja chirurgiczna dziecka . . . 237
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 237
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 237

Kiedy stosujemy karencję . . . 238
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 238
Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną. . . . 239
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 239

Rozdział 87. Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 240
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 240
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 240
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 241
Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną. . . . 242
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 242

Rozdział 88. Powikłania pooperacyjne dziecka. . . . 242
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 242
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 243
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 243
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 243

Rozdział 89. Powikłania pooperacyjne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 243
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 243
Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 244
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 244
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 244

Rozdział 90. Osierocenie dziecka w wyniku zgonu ubezpieczonego . . . 244
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 244
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 244
Kiedy stosujemy karencję . . . 245
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 245
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 245

Rozdział 91. Osierocenie dziecka wskutek zgonu obojga jego rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku. . . . 246
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 246
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 246
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 246
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 246

Rozdział 92. Urodzenie się dziecka . . . 247
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 247
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 247
Kiedy stosujemy karencję . . . 247
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 247
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 247

Rozdział 93. Urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej. . . . 248
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 248
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 248
Kiedy stosujemy karencję . . . 248
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 248
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 248

Rozdział 94. Urodzenie martwego noworodka . . . 249
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 249
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 249
Kiedy stosujemy karencję . . . 249
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 249
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 249

Rozdział 95. Wada wrodzona dziecka . . . 250
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 250
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 250
Kiedy stosujemy karencję . . . 250

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 250
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 250

Rozdział 96. Zgon rodzica . . . 251
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 251
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 251
Kiedy stosujemy karencję . . . 251
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 251
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 251

Rozdział 97. Zgon rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 252
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 252
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 252
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 252
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 253

Rozdział 98. Zgon rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 253
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 253
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 253
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 253
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 254

Rozdział 99. Zgon rodzica małżonka albo partnera . . . 254
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 254
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 254
Kiedy stosujemy karencję . . . 255
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 255
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 255

Rozdział 100. Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku . . . 255
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 255
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 256
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 256
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 256

Rozdział 101. Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego . . . 257
Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną . . . 257
Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy . . . 257
W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia . . . 257
Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia . . . 258

Rozdział 102. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia . . . 258
Jakie są warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia . . . 258

Rozdział 103. Postanowienia końcowe . . . 259
Kiedy wchodzą w życie Warunki ERGO Życie w Biznesie . . . 259
Jakie są załączniki do Warunków ERGO Życie w Biznesie . . . 259

Załącznik 1. Definicje poważnych zachorowań . . . 260

Załącznik 2. Tabela uszczerbków na zdrowiu . . . 283

Załącznik 3. Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy . . . 318

Załącznik 4. Operacje chirurgiczne – 5 podgrup . . . 330

Załącznik 5. Powikłania pooperacyjne . . . 342

Załącznik 6. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych . . . 343

Załącznik 7. Informacja o osobie zajmującej eksponowane stanowisko polityczne . . . 350

Informacje o Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie, kod: EZwB 01/25 (dalej: Warunki ERGO Życie w Biznesie).

	Postanowienia Warunków ERGO Życie w Biznesie:	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Wspólne dla wszystkich ubezpieczeń	pkt 3	pkt 3
Zgon ubezpieczonego	pkt 137; pkt 138; pkt 139; pkt 142; pkt 143	pkt 137; pkt 141; pkt 144; pkt 145; pkt 146; pkt 147; pkt 148
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 153; pkt 154; pkt 155; pkt 156; pkt 159; pkt 160	pkt 153; pkt 155; pkt 158; pkt 161; pkt 162
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 167; pkt 168; pkt 169; pkt 170; pkt 173; pkt 174;	pkt 167; pkt 169; pkt 172; pkt 175; pkt 176;
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy	pkt 181; pkt 182; pkt 183; pkt 184; pkt 187; pkt 188	pkt 181; pkt 183; pkt 186; pkt 189; pkt 190
Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy	pkt 195; pkt 196; pkt 197; pkt 198; pkt 201; pkt 202	pkt 195; pkt 197; pkt 200; pkt 203; pkt 204
Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	pkt 209; pkt 210; pkt 211; pkt 212; pkt 215; pkt 216; Załącznik 1 Definicje poważnych zachorowań	pkt 209; pkt 211; pkt 214; pkt 217; pkt 218; pkt 219; pkt 220; pkt 221; pkt 222; Załącznik 1 Definicje poważnych zachorowań
Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	pkt 228; pkt 229; pkt 230; pkt 231; pkt 234; pkt 235; Załącznik 1 Definicje poważnych zachorowań	pkt 228; pkt 230; pkt 233; pkt 236; pkt 237; pkt 238; pkt 239; pkt 240; pkt 241; Załącznik 1 Definicje poważnych zachorowań
Zgon ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej	pkt 247; pkt 248; pkt 249; pkt 250; pkt 253; pkt 254; Załącznik 1 Definicje poważnych zachorowań	pkt 247; pkt 249; pkt 252; pkt 255; pkt 256; pkt 257; pkt 258; pkt 259; Załącznik 1 Definicje poważnych zachorowań

Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 265; pkt 266; pkt 275; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 265; pkt 269; pkt 273; pkt 274; pkt 275; pkt 277; pkt 278; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność powyżej 4% uszczerbku	pkt 284; pkt 285; pkt 294; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 284; pkt 285; pkt 288; pkt 292; pkt 293; pkt 294; pkt 296; pkt 297; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 303; pkt 304; pkt 305; pkt 314; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 303; pkt 305; pkt 308; pkt 312; pkt 313; pkt 314; pkt 316; pkt 317; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy	pkt 323; pkt 324; pkt 325; pkt 334; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 323; pkt 325; pkt 328; pkt 332; pkt 333; pkt 334; pkt 336; pkt 337; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy	pkt 343; pkt 344; pkt 345; pkt 354; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 343; pkt 345; pkt 348; pkt 352; pkt 353; pkt 354; pkt 356; pkt 357; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 363; pkt 364; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 363; pkt 365; pkt 366; pkt 368; pkt 369; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 375; pkt 376; pkt 379; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 375; pkt 376; pkt 377; pkt 378; pkt 379; pkt 381; pkt 382; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu

Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	pkt 388; pkt 389; pkt 398; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 388; pkt 390; pkt 393; pkt 396; pkt 397; pkt 398; pkt 400; pkt 401; pkt 402; pkt 403; pkt 404; pkt 405; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	pkt 412; pkt 413; pkt 422; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 412; pkt 414; pkt 417; pkt 420; pkt 421; pkt 422; pkt 424; pkt 425; pkt 426; pkt 427; pkt 428; pkt 429; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	pkt 436; pkt 437; pkt 438; pkt 439; pkt 440; pkt 441; pkt 442	pkt 436; pkt 437; pkt 438; pkt 439; pkt 441; pkt 442; pkt 444; pkt 445; pkt 446; pkt 447; pkt 448; pkt 449
Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 456; pkt 457; pkt 458; pkt 459; pkt 460; pkt 461; pkt 462	pkt 456; pkt 457; pkt 458; pkt 459; pkt 461; pkt 462; pkt 464; pkt 465; pkt 466
Trwałe inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 473; pkt 474; pkt 475;	pkt 473; pkt 475; pkt 476; pkt 477; pkt 481; pkt 482; pkt 483
Poważne zachorowanie ubezpieczonego	pkt 489; pkt 490; pkt 491; pkt 492; pkt 493; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 489; pkt 490; pkt 492; pkt 493; pkt 495; pkt 496; pkt 497; pkt 498; pkt 499; pkt 500; pkt 501; pkt 502; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową	pkt 509; pkt 510; pkt 511; pkt 512; pkt 513; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 509; pkt 510; pkt 512; pkt 513; pkt 515; pkt 516; pkt 517; pkt 518; pkt 519; pkt 520; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań

Poważne zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór in situ	pkt 527; pkt 528; pkt 529; pkt 530; pkt 531; pkt 532	pkt 527; pkt 528; pkt 529; pkt 531; pkt 532; pkt 534; pkt 535; pkt 536; pkt 537; pkt 538; pkt 539; pkt 540; pkt 541; pkt 542
Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę układu krążenia	pkt 549; pkt 550; pkt 551; pkt 552; pkt 553 Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 549; pkt 550; pkt 552; pkt 553; pkt 555; pkt 556; pkt 557; pkt 558; pkt 559; pkt 560 Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę zakaźną	pkt 567; pkt 568; pkt 569; pkt 570; pkt 571; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 567; pkt 568; pkt 570; pkt 571; pkt 573; pkt 574; pkt 575; pkt 576; pkt 577; pkt 578; pkt 579; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Leczenie szpitalne ubezpieczonego	pkt 586; pkt 587; pkt 588; pkt 589; pkt 590; pkt 591; pkt 592; pkt 593; pkt 595; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 586; pkt 587; pkt 588; pkt 589; pkt 591; pkt 592; pkt 593; pkt 594; pkt 597; pkt 599; pkt 600; pkt 601; pkt 602; pkt 603; pkt 604; pkt 605; pkt 606; pkt 607; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne	pkt 613; pkt 614; pkt 617	pkt 613; pkt 615; pkt 616; pkt 619; pkt 621; pkt 622; pkt 623; pkt 624; pkt 625; pkt 626
Koszty leczenia poszpitalnego ubezpieczonego	pkt 632; pkt 633; pkt 634;	pkt 632; pkt 633; pkt 635; pkt 637; pkt 638; pkt 639; pkt 640
Pobyt ubezpieczonego w sanatorium po leczeniu szpitalnym	pkt 646; pkt 647	pkt 646; pkt 648; pkt 650; pkt 651; pkt 652; pkt 653
Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	pkt 658; pkt 659; pkt 660; pkt 661	pkt 658; pkt 659; pkt 661; pkt 663; pkt 664; pkt 665; pkt 666; pkt 667; pkt 668; pkt 669; pkt 670

Leczenie specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego	pkt 676; pkt 677; pkt 678; pkt 679	pkt 676; pkt 677; pkt 679; pkt 681; pkt 682; pkt 683; pkt 684; pkt 685; pkt 686; pkt 687
Leczenie specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego	pkt 693; pkt 694; pkt 695; pkt 696	pkt 693; pkt 694; pkt 696; pkt 698; pkt 699; pkt 700; pkt 701; pkt 702; pkt 703; pkt 704; pkt 705
Czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego	pkt 711; pkt 712; pkt 713; pkt 714; pkt 715	pkt 711; pkt 712; pkt 713; pkt 715; pkt 716; pkt 718; pkt 719; pkt 720; pkt 721; pkt 722; pkt 723
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego	pkt 730; pkt 731; pkt 732; pkt 733; pkt 734; pkt 735; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup	pkt 730; pkt 731; pkt 732; pkt 734; pkt 735; pkt 736; pkt 738; pkt 739; pkt 740; pkt 741; pkt 742; pkt 743; pkt 745; pkt 746; pkt 747; pkt 748; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup
Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 754; pkt 755; pkt 756; pkt 757; pkt 758; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup	pkt 754; pkt 755; pkt 757; pkt 758; pkt 759; pkt 761; pkt 762; pkt 763; pkt 764; pkt 765; pkt 766; pkt 767; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup
Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego	pkt 773; pkt 774; pkt 775; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne	pkt 773; pkt 774; pkt 776; pkt 778; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne
Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 784; pkt 785; pkt 786; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne	pkt 784; pkt 785; pkt 787; pkt 789; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne
Zgon małżonka albo partnera	pkt 795; pkt 796	pkt 795; pkt 798; pkt 799; pkt 800; pkt 801; pkt 802

Zgon małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 807; pkt 808; pkt 809	pkt 807; pkt 809; pkt 811; pkt 812; pkt 813; pkt 814
Zgon małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 819; pkt 820; pkt 821	pkt 819; pkt 821; pkt 823; pkt 824; pkt 825; pkt 826
Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	pkt 831; pkt 832; pkt 833; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 831; pkt 833; pkt 835; pkt 836; pkt 837; pkt 838; pkt 839; pkt 840; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	pkt 845; pkt 846; pkt 847; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 845; pkt 847; pkt 849; pkt 850; pkt 851; pkt 852; pkt 853; pkt 854; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 859; pkt 860; pkt 869; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 859; pkt 863; pkt 867; pkt 868; pkt 869; pkt 871; pkt 872; pkt 873; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 879; pkt 880; pkt 881; pkt 890; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 879; pkt 881; pkt 884; pkt 888; pkt 889; pkt 890; pkt 892; pkt 893; pkt 894; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 900; pkt 901; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 900; pkt 902; pkt 903; pkt 905; pkt 906; pkt 907; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego	pkt 913; pkt 914; pkt 923; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 913; pkt 915; pkt 918; pkt 921; pkt 922; pkt 923; pkt 925; pkt 926; pkt 927; pkt 928; pkt 929; pkt 930; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu

Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	pkt 936; pkt 937; pkt 946; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 936; pkt 938; pkt 941; pkt 944; pkt 945; pkt 946; pkt 948; pkt 949; pkt 950; pkt 951; pkt 952; pkt 953; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 959; pkt 960; pkt 961;	pkt 959; pkt 961; pkt 962; pkt 963; pkt 967; pkt 968; pkt 969; pkt 970
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	pkt 976; pkt 977; pkt 978; pkt 979; pkt 980; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 976; pkt 977; pkt 979; pkt 980; pkt 982; pkt 983; pkt 984; pkt 985; pkt 986; pkt 987; pkt 988; pkt 989; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową	pkt 995; pkt 996; pkt 997; pkt 998; pkt 999; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 995; pkt 996; pkt 998; pkt 999; pkt 1001; pkt 1002; pkt 1003; pkt 1004; pkt 1005; pkt 1006; pkt 1007; pkt 1008; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór in situ	pkt 1014; pkt 1015; pkt 1016; pkt 1017; pkt 1018	pkt 1014; pkt 1015; pkt 1016; pkt 1018; pkt 1021; pkt 1022; pkt 1023; pkt 1024; pkt 1025; pkt 1026; pkt 1027; pkt 1028; pkt 1029
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia	pkt 1035; pkt 1036; pkt 1037; pkt 1038; pkt 1039; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1035; pkt 1036; pkt 1038; pkt 1039; pkt 1041; pkt 1042; pkt 1043; pkt 1044; pkt 1045; pkt 1046; pkt 1047; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną	pkt 1053; pkt 1054; pkt 1055; pkt 1056; pkt 1057; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1053; pkt 1054; pkt 1056; pkt 1057; pkt 1059; pkt 1060; pkt 1061; pkt 1062; pkt 1063; pkt 1064; pkt 1065; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań

Leczenie szpitalne małżonka albo partnera	pkt 1071; pkt 1072; pkt 1073; pkt 1074; pkt 1075; pkt 1076; pkt 1077; pkt 1078; pkt 1080; pkt 1081; pkt 1083; pkt 1084; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1071; pkt 1072; pkt 1073; pkt 1074; pkt 1076; pkt 1077; pkt 1079; pkt 1081; pkt 1082; pkt 1083; pkt 1084; pkt 1086; pkt 1087; pkt 1088; pkt 1089; pkt 1090; pkt 1091; pkt 1092; pkt 1093; pkt 1094; pkt 1095; pkt 1096; pkt 1097; pkt 1098; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne	pkt 1104; pkt 1105; pkt 1106; pkt 1108; pkt 1109	pkt 1104; pkt 1106; pkt 1107; pkt 1110; pkt 1112; pkt 1113; pkt 1114; pkt 1115; pkt 1116
Leczenia specjalistyczne małżonka albo partnera	pkt 1122; pkt 1123; pkt 1124; pkt 1125	pkt 1122; pkt 1123; pkt 1125; pkt 1127; pkt 1128; pkt 1129; pkt 1130; pkt 1131; pkt 1132; pkt 1133; pkt 1134
Leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera	pkt 1139; pkt 1140; pkt 1141; pkt 1142	pkt 1139; pkt 1140; pkt 1142; pkt 1144; pkt 1145; pkt 1146; pkt 1147; pkt 1148; pkt 1149; pkt 1150; pkt 1151
Leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera	pkt 1156; pkt 1157; pkt 1158; pkt 1159	pkt 1156; pkt 1157; pkt 1159; pkt 1161; pkt 1162; pkt 1163; pkt 1164; pkt 1165; pkt 1166; pkt 1167; pkt 1168
Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera	pkt 1173; pkt 1174; pkt 1175; pkt 1176; pkt 1178; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup	pkt 1173; pkt 1174; pkt 1175; pkt 1177; pkt 1178; pkt 1179; pkt 1181; pkt 1182; pkt 1183; pkt 1184; pkt 1185; pkt 1186; pkt 1187; pkt 1188; pkt 1189; pkt 1190; pkt 1191; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup

Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1196; pkt 1197; pkt 1198; pkt 1200; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup	pkt 1196; pkt 1197; pkt 1199; pkt 1200; pkt 1201; pkt 1203; pkt 1204; pkt 1205; pkt 1206; pkt 1207; pkt 1208; pkt 1209; pkt 1210; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup
Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera	pkt 1215; pkt 1216; pkt 1217; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne	pkt 1215; pkt 1216; pkt 1218; pkt 1220; pkt 1221; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne
Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1227; pkt 1228; pkt 1229; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne	pkt 1227; pkt 1228; pkt 1230; pkt 1232; pkt 1233; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne
Zgon dziecka	pkt 1239; pkt 1240	pkt 1239; pkt 1242; pkt 1243; pkt 1244; pkt 1245
Zgon dziecka bez względu na wiek	pkt 1250; pkt 1251	pkt 1250; pkt 1253; pkt 1254; pkt 1255; pkt 1256
Zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1261; pkt 1262; pkt 1263	pkt 1261; pkt 1263; pkt 1265; pkt 1266; pkt 1267
Zgon dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 1272; pkt 1273; pkt 1274	pkt 1272; pkt 1274; pkt 1276; pkt 1277; pkt 1278
Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1283; pkt 1284; pkt 1293; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 1283; pkt 1287; pkt 1290; pkt 1292; pkt 1293; pkt 1295; pkt 1296; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 1302; pkt 1303; pkt 1304; pkt 1313; Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu	pkt 1302; pkt 1304; pkt 1307; pkt 1310; pkt 1312; pkt 1313; pkt 1315; pkt 1316 Załącznik 2 Tabela uszczerbków na zdrowiu
Trwałe inwalidztwo dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1322; pkt 1323; pkt 1324	pkt 1322; pkt 1324; pkt 1325; pkt 1326; pkt 1330; pkt 1331

Poważne zachorowanie dziecka	pkt 1337; pkt 1338; pkt 1339; pkt 1340; pkt 1341; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1337; pkt 1338; pkt 1340; pkt 1341; pkt 1343; pkt 1344; pkt 1345; pkt 1346; pkt 1347; pkt 1348; pkt 1349; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową	pkt 1355; pkt 1356; pkt 1357; pkt 1358; pkt 1359; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1355; pkt 1356; pkt 1358; pkt 1359; pkt 1361, pkt 1362; pkt 1363; pkt 1364; pkt 1365; pkt 1366; pkt 1367; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną	pkt 1373; pkt 1375; pkt 1376; pkt 1377; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1373; pkt 1376; pkt 1377; pkt 1379; pkt 1380; pkt 1381; pkt 1382; pkt 1383; pkt 1384; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Leczenie szpitalne dziecka	pkt 1390; pkt 1391; pkt 1392; pkt 1393; pkt 1394; pkt 1395; pkt 1396; pkt 1397; pkt 1400; pkt 1401; pkt 1403; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań	pkt 1390; pkt 1391;pkt 1392; pkt 1393; pkt 1395; pkt 1396; pkt 1399; pkt 1401; pkt 1402; pkt 1403; pkt 1404; pkt 1406 pkt 1407; pkt 1408; pkt 1409; pkt 1410; pkt 1411; pkt 1412; pkt 1413; pkt 1414; pkt 1415; pkt 1416; pkt 1417; Załącznik 1 Definicje Poważnych zachorowań
Leczenie szpitalne dziecka na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne	pkt 1422; pkt 1423; pkt 1424; pkt 1426;	pkt 1422; pkt 1424; pkt 1425; pkt 1428; pkt 1430; pkt 1431; pkt 1432; pkt 1433; pkt 1434
Leczenia specjalistyczne dziecka	pkt 1440; pkt 1441; pkt 1442; pkt 1443	pkt 1440; pkt 1441; pkt 1443; pkt 1445; pkt 1446; pkt 1447; pkt 1448; pkt 1449; pkt 1450; pkt 1451
Leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka	pkt 1456; pkt 1457; pkt 1458; pkt 1459	pkt 1456; pkt 1457; pkt 1459; pkt 1461; pkt 1462; pkt 1463; pkt 1464; pkt 1465; pkt 1466

Operacja chirurgiczna dziecka	pkt 1471; pkt 1472; pkt 1473; pkt 1474; pkt 1476; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup	pkt 1471; pkt 1472; pkt 1473; pkt 1475; pkt 1476; pkt 1477; pkt 1479; pkt 1480; pkt 1481; pkt 1482; pkt 1483; pkt 1484; pkt 1485; pkt 1486; pkt 1487; pkt 1488; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup
Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1493; pkt 1494; pkt 1495; pkt 1497; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup	pkt 1493; pkt 1494; pkt 1496; pkt 1497; pkt 1498; pkt 1500; pkt 1501; pkt 1502; pkt 1503; pkt 1504; pkt 1505; pkt 1506; Załącznik 3 Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy; Załącznik 4 Operacje chirurgiczne – 5 podgrup
Powikłania pooperacyjne dziecka	pkt 1511; pkt 1512; pkt 1513; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne	pkt 1511; pkt 1512; pkt 1514; pkt 1516; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne
Powikłania pooperacyjne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1521; pkt 1522; pkt 1523; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne	pkt 1521; pkt 1522; pkt 1524; pkt 1526; Załącznik 5 Powikłania pooperacyjne
Osierocenie dziecka w wyniku zgonu ubezpieczonego	pkt 1531; pkt 1532	pkt 1531; pkt 1534; pkt 1535; pkt 1536; pkt 1537
Osierocenie dziecka w wyniku zgonu obojga rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1542; pkt 1543	pkt 1542; pkt 1545; pkt 1546; pkt 1547
Urodzenie się dziecka	pkt 1552; pkt 1553; pkt 1554; pkt 1555	pkt 1552; pkt 1555; pkt 1557; pkt 1558; pkt 1559
Urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej	pkt 1563; pkt 1564; pkt 1565; pkt 1566; pkt 1567	pkt 1563; pkt 1567; pkt 1569; pkt 1570; pkt 1571
Urodzenie martwego noworodka	pkt 1575; pkt 1576	pkt 1575; pkt 1578; pkt 1579; pkt 1580
Wada wrodzona dziecka	pkt 1584; pkt 1585	pkt 1584; pkt 1587; pkt 1588; pkt 1589

Zgon rodzica	pkt 1594; pkt 1595	pkt 1594; pkt 1597; pkt 1598; pkt 1599; pkt 1600
Zgon rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1605; pkt 1606	pkt 1605; pkt 1608; pkt 1609; pkt 1610
Zgon rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 1615; pkt 1616	pkt 1615; pkt 1618; pkt 1619; pkt 1620
Zgon rodzica małżonka albo partnera	pkt 1625; pkt 1626	pkt 1625; pkt 1628; pkt 1629; pkt 1630; pkt 1631
Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	pkt 1636; pkt 1637	pkt 1636; pkt 1639; pkt 1640; pkt 1641
Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	pkt 1646; pkt 1647	pkt 1646; pkt 1649; pkt 1650; pkt 1651

Wstęp

Dlaczego warto zapoznać się z tym dokumentem

W Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie (dalej: Warunki ERGO Życie w Biznesie) zawarliśmy szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności oraz świadczeniach. To ważna lektura dla każdego, kto chce szczegółowo poznać nasz produkt.

Jakie informacje zawarliśmy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie

W Warunkach ERGO Życie w Biznesie znajdziesz między innymi następujące informacje:

1) Na jakich warunkach zawieramy umowę.
2) Kto i kiedy jest objęty ochroną, a kto i kiedy nie.
3) Co oznaczają pojęcia, których używamy w umowie.
4) Jakie są prawa i obowiązki związane z umową i przystąpieniem do umowy.
5) Jak zgłosić roszczenie i jakich dokumentów potrzebujemy do realizacji świadczeń.
6) Jak realizujemy świadczenia.

Jak czytać Warunki ERGO Życie w Biznesie

Tutaj znajdziesz podpowiedzi, na co zwrócić uwagę w Warunkach ERGO Życie w Biznesie. Wprowadziliśmy oznaczenia graficzne, które pomogą w lepszym zrozumieniu tego dokumentu.

Podkreślenie słowa w tekście	w ten sposób oznaczamy pojęcie, które zdefiniowaliśmy w słowniku pojęć. Jeśli pojęcie występuje w danej sekcji kilka razy, podkreślamy je tylko raz.

Treści objaśniające na szarym tle – aby pomóc Ci zrozumieć niektóre treści, przygotowaliśmy przydatne wskazówki, podzieliliśmy je na kilka kategorii.

Ważne informacje	Przykłady i dodatkowe objaśnienia	Wiedza, która pomoże w czytaniu Warunków ERGO Życie w Biznesie

Przykład treści objaśniającej:

Kluczowe informacje dotyczące korespondencji.

Rozdział 1. Ogólne informacje i używane pojęcia

Co znajdziesz w tym dokumencie

1. W Warunkach ERGO Życie w Biznesie, znajdziesz w szczególności:
   1) informacje o tym kogo ubezpieczamy i jaki jest zakres ubezpieczenia dostępny w ERGO Życie w Biznesie;
   2) definicje pojęć, których używamy w dokumencie;
   3) prawa i obowiązki ubezpieczającego oraz Twoje związane z umową;
   4) nasze prawa i obowiązki związane z umową;
   5) informacje o czasie, na jaki umowa jest zawierana i czasie trwania Twojego ubezpieczenia;
   6) zasady zgłaszania roszczeń i realizacji świadczeń.
2. Zwracamy uwagę, że w Warunkach ERGO Życie w Biznesie używamy pojęć „ubezpieczający" i „ubezpieczony" oraz zwrotów typu „Ty" oraz „my", aby ułatwić komunikację między nami:
   1) jeśli piszemy „ubezpieczający" – mamy na myśli osobę lub podmiot, który zawiera z nami umowę;
   2) jeśli piszemy „ubezpieczony" lub używamy zwrotów typu „Ty" (Ciebie, Ci, Twój, itp.) – mamy na myśli osobę, która przystąpiła do umowy i której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia; dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. przystępujesz, możesz;
   3) jeśli piszemy w formie „my" – mamy na myśli nas, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.; dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. wypłacimy, obejmujemy.

Co oznaczają pojęcia, których używamy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie

3. Pojęcia, których używamy w Warunkach ERGO Życie w Biznesie przyjmują znaczenie, które określamy w Tabeli 1.

Zwróć uwagę, że niektórych pojęć używamy w znaczeniu odbiegającym od potocznego.

Tabela 1. Słownik pojęć

Pojęcie	Znaczenie
akt przemocy	celowe użycie siły fizycznej, przeciwko sobie lub innym osobom, które powoduje lub może spowodować: ból, choroby, zaburzenia psychiczne, urazy, a nawet śmierć
akt terroryzmu	nielegalna akcja organizowana przeciwko osobom lub obiektom, z użyciem przemocy, broni, w tym broni palnej, biologicznej, chemicznej lub jądrowej, w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludzi lub dezorganizacji życia publicznego, dla osiągnięcia celów politycznych, religijnych, ekonomicznych lub społecznych
beneficjent główny	dowolnie wskazana przez Ciebie osoba lub osoby, które otrzymają świadczenie w przypadku zdarzenia w razie Twojej śmierci; beneficjentem głównym może być także osoba prawna
beneficjent dodatkowy	dowolnie wskazana przez Ciebie osoba lub osoby, które otrzymają świadczenie w przypadku zdarzenia w razie Twojej śmierci, jeśli: 1) beneficjent główny nie żyje lub umyślnie przyczynił się do Twojej śmierci; 2) nie wskazałeś beneficjenta głównego; beneficjentem dodatkowym może być także osoba prawna

całkowita trwała niezdolność do pracy	1) Twoja niezdolność do jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub pracy w jakimkolwiek zawodzie nawet po przekwalifikowaniu: a) która trwa nieprzerwanie minimum 6 miesięcy, oraz b) która jest udokumentowana zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją, oraz c) jeśli, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie rokujesz odzyskania zdolności do pracy w przewidywalnej przyszłości; 2) za datę zdarzenia uznajemy datę rozpoczęcia ww. okresu niezdolności; 3) całkowitą trwałą niezdolność do pracy ustalamy na podstawie zgromadzonej dokumentacji, z uwzględnieniem: a) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji; b) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne
certyfikat	papierowy albo elektroniczny dokument imienny, który potwierdza, że obejmujemy Cię ochroną na podstawie umowy
choroba	reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju
choroba nowotworowa	1) oznacza każdą chorobę złośliwą, która charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek atakujących tkanki innego typu histologicznego; rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histologicznego lub w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub limfatycznego, wynikami badań cytologicznych; 2) z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) nowotwór in situ; b) nowotwory złośliwe skóry inne niż czerniak złośliwy, który spowodował naciekanie tkanek poza naskórek; c) nowotwór złośliwy prostaty, chyba że osiągnął on co najmniej T2N0M0 wg klasyfikacji TNM; d) jakikolwiek rak brodawkowaty tarczycy, chyba że osiągnął co najmniej T2N0M0 wg klasyfikacji TNM; e) każda choroba Hodgkina lub inna choroba nieziarnicza, chyba że osiągnęły co najmniej Stopień 2 wg klasyfikacji Ann Arbor; f) wszystkie nowotwory złośliwe wywodzące się z krwi, szpiku kostnego lub węzłów chłonnych, chyba że stopień zaawansowania choroby wymaga: wykonywania regularnych transfuzji krwi, leczenia systemowego (chemioterapia/celowane terapie nowotworowe), przeszczepu szpiku kostnego, przeszczepu krwiotwórczych komórek macierzystych lub zastosowania innego poważnego leczenia interwencyjnego. Każda choroba, stan opisany lub sklasyfikowany jako jeden z poniższych nie jest uważany za nowotwór złośliwy: – przednowotworowy, – nieinwazyjny, – o granicznej złośliwości lub niskim potencjale zezłośliwienia, – dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2 lub CIN-3
czasowa niezdolność do pracy	czasowa niezdolność do pracy w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeksu pracy, w okresie której przysługuje Ci prawo do wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego

czynności życia codziennego	1) mycie się w wannie lub pod prysznicem, w tym także wchodzenie i wychodzenie z wanny lub spod prysznica; 2) zakładanie i zdejmowanie ubrań, aparatów ortopedycznych, protez lub innych urządzeń medycznych; 3) poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami na jednym poziomie; 4) przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem; 5) korzystanie z toalety lub kontrolowanie funkcji jelit oraz pęcherza moczowego w celu utrzymania poziomu higieny osobistej; 6) jedzenie gotowych i podanych posiłków
data początku ubezpieczenia	dzień określony w umowie, w którym rozpoczyna się nasza odpowiedzialność wobec osób, które przystępują do umowy wraz z jej zawarciem; datę początku ubezpieczenia wskazujemy w polisie
data wymagalności składki	data, do której zgodnie z umową ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki za wszystkich ubezpieczonych, którym udzielamy ochrony
data zatrudnienia	data nawiązania stosunku pracy (albo innego stosunku wynikającego z definicji pracownika) albo data zawarcia pierwszej umowy cywilnoprawnej pomiędzy pracownikiem a ubezpieczającym
deklaracja zgody	formularz papierowy albo elektroniczny, w którym wyrażasz zgodę na objęcie ochroną
dziecko	Twoje własne dziecko, przysposobione lub pasierb (jeśli nie żyje ojciec lub matka dziecka), w wieku: 1) do ukończenia 25 lat; lub 2) bez względu na wiek w razie: – całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczonej przez organ rentowy; lub – ubezpieczenia zgon dziecka bez względu na wiek
karencja	okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń wskazanych w umowie jest wyłączona lub ograniczona;
kwestionariusz oceny ryzyka	formularz z pytaniami, który służy do oceny ryzyka ubezpieczeniowego; wypełniasz go przed przystąpieniem do umowy lub przed rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia, o ile tego wymagamy
my/ ERGO Hestia/ Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, KRS 0000024807, VIII Wydział Gospodarczy KRS Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku; NIP 585-12-45-589, kapitał zakładowy opłacony w całości: 64.000.000 zł; mamy status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu Ustawy z dnia 8 marca 2013 roku o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych; podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego
nasz przedstawiciel	osoba, która działa w naszym imieniu; może to być nasz pracownik lub agent ubezpieczeniowy
nielicencjonowane linie lotnicze	przewoźnicy lotniczy, którzy mają prawny zakaz lub ograniczenia w wykonywaniu przewozów w ramach Unii Europejskiej, co oznacza, że w dniu zdarzenia byli ujęci w Załącznikach do Rozporządzenia Komisji (WE) NR 474/2006 z dnia 22 marca 2006 r. ustanawiającego wspólnotowy wykaz przewoźników lotniczych podlegających zakazowi wykonywania przewozów w ramach Wspólnoty określonemu w rozdziale II rozporządzenia (WE) nr 2111/2005 Parlamentu Europejskiego i Rady lub w akcie prawnym zmieniającym lub zastępującym to rozporządzenie

nieszczęśliwy wypadek/ NW	zdarzenie, które nastąpiło w czasie ochrony i spełnia wszystkie poniższe warunki: 1) jest nagłe; 2) nie zależy od woli i stanu zdrowia; 3) jest wywołane przyczyną zewnętrzną, czyli jego źródłem nie może być organizm, w tym także proces chorobowy lub choroba, nawet występujące nagle, w tym zawał serca, udar mózgu, krwotok śródmózgowy; 4) powoduje uraz, pogorszenie zdrowia lub śmierć
macocha	1) aktualna w dniu zajścia zdarzenia żona Twojego ojca lub wdowa po Twoim ojcu (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), która nie jest Twoją biologiczną matką; 2) za macochę uważamy również aktualną w dniu zajścia zdarzenia żonę ojca małżonka albo partnera lub wdowę po ojcu małżonka albo partnera (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), która nie jest biologiczną matką małżonka albo partnera
małżonek	osoba, z którą pozostajesz w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia
nasza odpowiedzialność/ okres ubezpieczenia	1) rozpoczyna się wobec osób przystępujących do umowy: a) wraz z jej zawarciem – od dnia, który wskazaliśmy w polisie i w certyfikacie; b) po jej zawarciu – od dnia początku ubezpieczenia, który wskazaliśmy w certyfikacie; 2) warunkiem rozpoczęcia naszej odpowiedzialności jest opłacenie składki za wszystkich ubezpieczonych w dacie wymagalności; 3) kończy się na zasadach określonych w Warunkach ERGO Życie w Biznesie
ocena ryzyka ubezpieczeniowego	1) ocena poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy osób polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa na podstawie: a) miejsca i rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej przez ubezpieczającego; b) historii umów ubezpieczenia; c) zakresu i wysokości świadczeń; d) sposobu finansowania składki; e) zbiorczych danych dotyczących osób obejmowanych ochroną, w tym struktury wieku, płci, a w przypadku pracowników również wykonywanych zawodów; 2) oceny dokonujemy na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, i deklaracji zgody, jak również na podstawie kwestionariusza oceny ryzyka lub wyników badań lekarskich lub diagnostycznych – w przypadkach gdy będą niezbędne do oceny ryzyka
ochrona	ochrona ubezpieczeniowa, którą świadczymy na podstawie umowy
ojczym	1) aktualny w dniu zajścia zdarzenia mąż Twojej matki lub wdowiec po Twojej matce (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), który nie jest Twoim biologicznym ojcem; 2) za ojczyma uważamy również aktualnego w dniu zajścia zdarzenia męża matki małżonka albo partnera lub wdowca po matce małżonka albo partnera (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), który nie jest biologicznym ojcem małżonka albo partnera

pakiet główny	1) jest to wskazany w umowie zakres ochrony; 2) w ramach pakietu głównego może funkcjonować kilka wariantów różniących się zakresem, składką oraz kwotami świadczeń; 3) liczbę wariantów w pakiecie głównym ustalamy w umowie i wskazujemy w polisie; 4) osoba, która przystępuje do umowy może wybrać tylko jeden wariant z pakietu głównego
pakiet dodatkowy	1) jest to rozszerzenie zakresu ochrony zawartej w pakiecie głównym; 2) umowa może zawierać jeden lub więcej pakietów dodatkowych; 3) w ramach pakietu dodatkowego może funkcjonować kilka wariantów, które różnią się składką oraz kwotami świadczeń; 4) liczbę pakietów dodatkowych ustalamy w umowie i wskazujemy w polisie; 5) osoba, która przystępuje do umowy może indywidualnie rozszerzyć zakres ochrony z pakietu głównego o jeden wariant z każdego określonego w polisie pakietu dodatkowego
partner	osoba, którą może wskazać pracownik lub pełnoletnie dziecko, która spełnia wszystkie poniższe warunki: 1) nie jest z nim spokrewniona; 2) pozostaje z nim w nieformalnym związku; 3) nie jest w związku małżeńskim z osobą trzecią lub jest w separacji prawomocnie orzeczonej przez sąd; w jednym czasie może być wskazany tylko jeden partner pracownika i jeden pełnoletniego dziecka
pełnoletnie dziecko	Twoje własne dziecko, przysposobione lub pasierb (jeśli nie żyją ojciec lub matka), które ukończyło 18 lat
polisa	dokument, którym potwierdzamy ubezpieczającemu zawarcie umowy i jej warunki
powikłanie pooperacyjne	pogorszenie się stanu zdrowia, które spełnia wszystkie poniższe warunki: 1) jest niezamierzonym następstwem przeprowadzonej u ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka operacji chirurgicznej wymienionej w Załączniku 3 i 4; 2) wystąpiło nie później niż po upływie 30 dni od daty przeprowadzenia danej operacji; 3) jest wymienione w Załączniku 5
pracownik	osoba fizyczna, która jest: 1) zatrudniona przez ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę; lub 2) związana z ubezpieczającym umową cywilnoprawną, której przedmiotem jest świadczenie usług na rzecz ubezpieczającego, umową zlecenia, agencyjną, o dzieło, kontraktem menadżerskim, o ile z tych tytułów są odprowadzane składki na ubezpieczenia społeczne; lub 3) wspólnikiem ubezpieczającego będącego spółką osobową w rozumieniu Ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (tzw. właściciele); lub 4) członkiem zarządu ubezpieczającego lub innych organów zarządzających ubezpieczającego, określonych w umowie spółki lub statucie ubezpieczającego; lub 5) przedsiębiorcą prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą; lub 6) związana z ubezpieczającym w inny sposób określony w umowie

poprzednia umowa ubezpieczenia grupowego	umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez tego samego ubezpieczającego, na podstawie której przed przystąpieniem do umowy byłeś objęty ochroną, i która zakończyła się w dzień przed rozpoczęciem okresu naszej odpowiedzialności
poważne zachorowanie	stan chorobowy ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka, który wystąpił w okresie naszej odpowiedzialności, o ile spełnia warunki wymienione w Załączniku 1; warunek wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności oznacza w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, że: a. zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie ochrony – w przypadku choroby; lub b. wystąpiło w okresie ochrony – w przypadku zabiegu, operacji lub zakażenia; lub c. wystąpiło w ciągu 12 miesięcy od nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie ochrony – w przypadku poważnego zachorowania w razie nieszczęśliwego wypadku; lub d. pobrano materiał do badania histologicznego w okresie ochrony – w przypadku nowotworu in-situ
powstanie	zbrojne wystąpienie ludności w obronie swojej wolności, skierowane przeciw dotychczasowej władzy lub władzy okupacyjnej
przewrót wojskowy	niezgodne z porządkiem konstytucyjnym, często z użyciem siły (zbrojny zamach stanu) przejęcie władzy politycznej w państwie przez jednostkę lub grupę osób
rekonwalescencja	pobyt na wydanym przez szpital zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po leczeniu w szpitalu trwającym co najmniej 10 dni, z którego tytułu należne jest świadczenie
rocznica polisy	każda rocznica rozpoczęcia naszej odpowiedzialności – odpowiadająca dacie początku ubezpieczenia
rodzic	Twój ojciec lub matka (w rozumieniu Ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy), a także ojczym lub macocha, o ile nie żyje Twój ojciec lub matka
rodzic małżonka albo partnera	rodzic małżonka (również po rozwodzie – o ile nie wstąpiłeś ponownie w związek małżeński i nie wyznaczyłeś partnera) albo partnera, a także ojczym i macocha małżonka albo partnera, jeśli w dniu zajścia zdarzenia nie żyje odpowiednio jego ojciec lub matka
rok polisowy	okres, który trwa od daty początku ubezpieczenia do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy oraz każdy okres trwający od rocznicy polisy do dnia poprzedzającego następną rocznicę polisy
składka	ustalona w umowie kwota, którą opłaca ubezpieczający z tytułu obejmowania ochroną Ciebie oraz pozostałych ubezpieczonych
stan nietrzeźwości	stan, w którym: 1) stężenie alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,5‰ alkoholu; lub 2) obecność w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3
stan po spożyciu alkoholu	stan, w którym: 1) stężenie alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰; lub 2) obecność w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm^3
suma ubezpieczenia	kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, która stanowi świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zgonu ubezpieczonego, wskazana w polisie i w certyfikacie

świadczenie	1) kwota pieniężna, którą wypłacimy w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, a w ubezpieczeniach dodatkowych MediOpieka i Global Doctors to organizacja lub pokrycie kosztów świadczeń lub usług; 2) wysokości świadczeń ustalamy w umowie, wskazujemy je w polisie i w certyfikacie; 3) świadczenie ustalamy w wysokości należnej na dzień zajścia danego zdarzenia
taryfa ubezpieczeniowa	1) dokument, który stanowi podstawę określania wysokości składki; 2) ustalamy go zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej na podstawie prawdopodobieństwa wystąpienia zgonu oraz innych zdarzeń losowych określonych w Warunkach ERGO Życie w Biznesie, własnych danych statystycznych lub danych zebranych z innych baz w zakresie, w jakim są one publicznie dostępne lub prawo pozwala na ich uzyskanie, z uwzględnieniem karencji oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy oraz przy bieżącym stosowaniu danych wykorzystywanych do wyznaczania poziomu ryzyka ubezpieczeniowego zgodnie z Warunkami ERGO Życie w Biznesie
trwałe inwalidztwo	1) całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad następującymi narządami: kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty); 2) całkowita fizyczna utrata: kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy; 3) całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu
trwały nośnik	trwały nośnik w rozumieniu Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta; materiał lub narzędzie, które umożliwia konsumentowi lub przedsiębiorcy przechowywanie informacji kierowanych osobiście do niego, w sposób, który umożliwia dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci
ubezpieczający	osoba lub podmiot, która zawarła z nami umowę; może to być: 1) osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną; 2) jeśli ubezpieczający jest osobą fizyczną musi mieć stałe miejsce zamieszkania w Polsce; 3) jeśli ubezpieczający jest osobą prawną musi mieć siedzibę jednostki organizacyjnej objętej umową w Polsce
ubezpieczony/ Ty (i pokrewne, np.: Twój, Ciebie)	osoba, która złożyła deklarację zgody i została objęta ochroną na podstawie umowy
umowa	umowa ubezpieczenia, którą zawieramy z ubezpieczającym na podstawie Warunków ERGO Życie w Biznesie
uszczerbek na zdrowiu	zaburzenia czynności narządu lub układu, które spełniają wszystkie poniższe warunki: 1) powodują trwałą dysfunkcję narządu lub układu; 2) wystąpiły w następstwie nieszczęśliwego wypadku; 3) określiliśmy je w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie

wariant	1) wariant określa zakres ubezpieczenia, wysokość składki oraz kwoty świadczeń dedykowanej grupie osób – w pakiecie głównym i dodatkowym; 2) liczbę wariantów ustalamy w umowie i wskazujemy w umowie; 3) w tym samym czasie możesz być objęty ochroną tylko w jednym wariancie pakietu głównego dostępnego w umowie; 4) w tym samym czasie możesz być objęty ochroną w jednym wariancie każdego pakietu dodatkowego dostępnego w umowie
współubezpieczony	1) małżonek, partner lub pełnoletnie dziecko, którzy złożyli deklarację zgody i zostali objęci ochroną na podstawie umowy i jednocześnie nie spełniają definicji pracownika; 2) do współubezpieczonego, który został objęty ochroną stosujemy wszystkie postanowienia Warunków ERGO Życie w Biznesie, które dotyczą ubezpieczonego
w wyniku (i pokrewne np.: wynikiem, na skutek), w następstwie (i pokrewne np.: jest następstwem, spowodowane) w związku z (i pokrewne np.: związane z, w związku przyczynowym)	adekwatny związek przyczynowo-skutkowy
wypadek komunikacyjny	nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu osoba uczestnicząca w nim uległa jako: 1) kierujący pojazdem w rozumieniu Ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, rowerem lub innymi urządzeniami transportu osobistego, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub statkiem powietrznym; lub 2) pasażer; lub 3) pieszy; wypadek komunikacyjny w pracy to wypadek, który jednocześnie spełnia wyżej wymienione warunki definicji wypadku komunikacyjnego oraz warunki określone w definicji wypadku w pracy
wypadek w pracy	nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku z pracą: 1) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych; 2) podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy nawet bez polecenia; 3) w czasie pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy
zaburzenia psychiczne	rozpoznane lub leczone zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania: 1) zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub aktualnej wersji tego dokumentu obowiązującej na dzień zawarcia umowy, jako F00 – F09 oraz F20 – F99 (w rozdziale dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania); lub 2) spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 lub aktualnej wersji tego dokumentu obowiązującej na dzień zawarcia umowy, jako F10 – F19

zajęcia sportowe lub rekreacyjne o wysokim stopniu ryzyka	1) kajakarstwo górskie; 2) nurkowanie; 3) rafting; 4) speleologia; 5) zajęcia rekreacyjne lub uprawianie sportów: a) motorowodnych, b) motorowych, c) lotniczych (jako pilot, inny członek załogi lub pasażer statku powietrznego), d) walki (z wyłączeniem uprawiania sportów walki przez dziecko do ukończenia 15 lat); 6) wspinaczka górska, skałkowa lub ściankowa bez asekuracji; 7) wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee; 8) udział w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych, z uwzględnieniem jazd próbnych, testowych oraz treningów
zamieszki	gwałtowne demonstracje, nielegalne akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy w celu zmiany istniejącego porządku prawnego, a także czynny udział w zbiorowych wydarzeniach, w których stosowane są akty przemocy w charakterze strony konfliktu lub uczestnika konfliktu lub dostarczanie systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas takich wydarzeń
zdarzenie	zdarzenie losowe, które obejmujemy ochroną na podstawie umowy; zakres ubezpieczenia określamy w umowie i wskazujemy w polisie i certyfikacie

Rozdział 2. Zasady zawierania i przedłużania umowy oraz obejmowania ochroną

Jak zawieramy umowę

4. Umowę zawieramy na podstawie wniosku składanego przez ubezpieczającego.
5. Abyśmy mogli ocenić ryzyko ubezpieczeniowe, zawrzeć umowę oraz ją później realizować ubezpieczający musi podać nam niezbędne dane oraz złożyć wymagane przez nas do tego celu oświadczenia i upoważnienia.
6. Aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe, przed zawarciem umowy możemy zwrócić się do ubezpieczającego lub osoby, która ma zostać objęta ochroną, aby:
   1) podała dodatkowe informacje, w tym informacje o sytuacji finansowej;
   2) dostarczyła dokumentację, w tym dokumentację medyczną;
   3) poddała się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyjątkiem badań genetycznych) na nasz koszt.
7. Umowę możemy zawrzeć w trybie negocjacji.

8. Jeśli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego ustalimy, że jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy ubezpieczającego lub osobę, która ma zostać objęta ochroną o tym, że:
   1) możemy objąć ochroną na wnioskowanych warunkach; albo
   2) możemy zawrzeć umowę lub objąć ochroną na warunkach szczególnych; albo
   3) odmawiamy zawarcia umowy lub objęcia ochroną.
9. Aby spełnić obowiązki wynikające z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy zwrócić się do ubezpieczającego o przedstawienie dodatkowych dokumentów lub informacji.
10. Umowę zawieramy w formie pisemnej. Jej zawarcie potwierdzamy polisą.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia, jaki jest rodzaj ubezpieczenia i jego zakres

11. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie. Może nim być również Twoje zdrowie oraz inne zdarzenia, które określamy w umowie i wskazujemy w polisie i w certyfikacie.
12. ERGO Życie w Biznesie to dobrowolne, grupowe ubezpieczenie na życie z grupy 1, które może być uzupełnione o ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe z grupy 5, działu I załącznika do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
13. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy Twój zgon. Zakres ubezpieczenia ubezpieczający może rozszerzyć w wariantach o pozostałe zdarzenia, spośród dostępnych w produkcie ERGO Życie w Biznesie, które wskazaliśmy w Tabeli 2. Przystępując do umowy możesz wybrać jeden wariant pakietu głównego oraz jeden wariant każdego pakietu dodatkowego, spośród dostępnych w umowie. Zakres ubezpieczenia ERGO Życie w Biznesie – wybrany przez Ciebie spośród dostępnego w umowie – wskazujemy w certyfikacie.

Tabela 2. Zakres ubezpieczenia dostępny w produkcie ERGO Życie w Biznesie

1	Zgon ubezpieczonego
2	Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
3	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego
4	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy
5	Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy
6	Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
7	Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
8	Zgon ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej
9	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
10	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność powyżej 4% uszczerbku
11	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego
12	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy
13	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy
14	Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
15	Koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku
16	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
17	Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
18	Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku
19	Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
20	Trwałe inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
21	Poważne zachorowanie ubezpieczonego
22	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową

23	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór in situ
24	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę układu krążenia
25	Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę zakaźną
26	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dzienne
27	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne
28	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy – świadczenie dzienne
29	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne
30	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – świadczenie dzienne
31	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – świadczenie dzienne
32	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne
33	Leczenie szpitalne ubezpieczonego niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne
34	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT – świadczenie dzienne
35	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe
36	Rekonwalescencja ubezpieczonego – świadczenie dzienne
37	Rekonwalescencja ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe
38	Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe
39	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne
40	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne
41	Koszty leczenia poszpitalnego ubezpieczonego
42	Pobyt ubezpieczonego w sanatorium po leczeniu szpitalnym
43	Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego
44	Leczenie specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego
45	Leczenie specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego
46	Czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego
47	Operacja chirurgiczna ubezpieczonego
48	Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
49	Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego
50	Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
51	Zgon małżonka albo partnera
52	Zgon małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
53	Zgon małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego
54	Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
55	Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
56	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
57	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego
58	Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
59	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
60	Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
61	Trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
62	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera

63	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową
64	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór in situ
65	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia
66	Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną
67	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dzienne
68	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne
69	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku w pracy – świadczenie dzienne
70	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne
71	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – świadczenie dzienne
72	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – świadczenie dzienne
73	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne
74	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne
75	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na OIOM/OIT – świadczenie dzienne
76	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe
77	Rekonwalescencja małżonka albo partnera – świadczenie dzienne
78	Rekonwalescencja małżonka albo partnera – świadczenie jednorazowe
79	Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym małżonka albo partnera – świadczenie jednorazowe
80	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne
81	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne
82	Leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera
83	Leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera
84	Leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera
85	Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera
86	Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
87	Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera
88	Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
89	Zgon dziecka
90	Zgon dziecka bez względu na wiek
91	Zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
92	Zgon dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego
93	Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
94	Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego
95	Trwałe inwalidztwo dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
96	Poważne zachorowanie dziecka
97	Poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową
98	Poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną
99	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne
100	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne
101	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne
102	Leczenie szpitalne dziecka niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne
103	Leczenie szpitalne dziecka – świadczenie jednorazowe

104	Leczenie szpitalne dziecka na OIOM/OIT – świadczenie dzienne
105	Leczenie szpitalne dziecka na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe
106	Leczenie szpitalne dziecka na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne
107	Leczenie specjalistyczne dziecka
108	Leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka
109	Operacja chirurgiczna dziecka
110	Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
111	Powikłania pooperacyjne dziecka
112	Powikłania pooperacyjne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
113	Osierocenie dziecka w wyniku zgonu ubezpieczonego
114	Osierocenie dziecka wskutek zgonu obojga rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku
115	Urodzenie się dziecka
116	Urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej
117	Urodzenie martwego noworodka
118	Wada wrodzona dziecka
119	Zgon rodzica ubezpieczonego
120	Zgon rodzica ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
121	Zgon rodzica ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego
122	Zgon rodzica małżonka albo partnera
123	Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
124	Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jaka jest data zawarcia umowy

14. Datę zawarcia umowy wskazujemy w polisie. Jeśli będą do niej wątpliwości, to umowę uważa się za zawartą z chwilą, gdy doręczyliśmy ubezpieczającemu polisę. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy doręczamy polisę z odstępstwami – opisaliśmy go poniżej w rozdziale: Jak doręczymy polisę z odstępstwami.

Na jaki okres zawierana jest umowa

15. Umowa zawierana jest na czas określony – do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy, jeśli nie umówiliśmy się inaczej.

16. Umowa będzie się przedłużać na niezmienionych warunkach na kolejne 12-miesięczne okresy, chyba że najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy polisy, na piśmie lub w inny sposób ustalony między stronami:

    1) złożymy ubezpieczającemu oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach; lub

    2) ubezpieczający złoży nam oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach.

17. Jeśli strona umowy złoży drugiej stronie oświadczenie o nieprzedłużeniu umowy lub o gotowości jej przedłużenia na zmienionych warunkach, umowa rozwiązuje się z ostatnim dniem bieżącego okresu ubezpieczenia, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków jej przedłużenia.

Jak doręczymy polisę z odstępstwami

18. Jeśli w odpowiedzi na złożoną ofertę doręczymy ubezpieczającemu polisę, która odbiega od treści złożonej oferty na jego niekorzyść, zwrócimy ubezpieczającemu na to uwagę w piśmie przy doręczeniu polisy. Wyznaczymy co najmniej 7- dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. Jeśli nie wykonamy tego obowiązku, to zmiany niekorzystne dla ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.

19. Jeśli ubezpieczający nie złoży sprzeciwu – umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy, następnego dnia po upływie terminu, który wyznaczyliśmy do złożenia sprzeciwu.

Jakie są zasady przystąpienia do umowy i objęcia ochroną pracownika

20. Jeśli umowa nie stanowi inaczej, do umowy może przystąpić pracownik, który spełnia wszystkie następujące warunki:
    1) spełnia definicję pracownika w rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie;
    2) jest w wieku od 15 lat do 70 roku życia;
    3) w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji zgody jest aktywny zawodowo, czyli:
        a) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim,
        b) nie przebywa w szpitalu (w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku), w hospicjum, ani w innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
        c) nie jest uznany za niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym, ani nie ubiega się o nie,
        d) nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego, ani też nie ubiega się o nie;
    4) spełnił dodatkowe kryteria objęcia ochroną wskazane przez ubezpieczającego, które zaakceptowaliśmy i potwierdziliśmy w polisie;
    5) przedstawił dodatkowe informacje lub dokumenty niezbędne do oceny przez nas ryzyka ubezpieczeniowego, w tym dotyczące sytuacji finansowej i stanu zdrowia lub w tym celu poddał się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyjątkiem badań genetycznych) na nasz koszt.

Wiek wstępu do ubezpieczenia

21. Ochroną obejmiemy pracownika, który spełnia warunki określone w poprzednim punkcie, jeśli:
    1) złożył papierową albo elektroniczną deklarację zgody; oraz
    2) przeszedł ocenę ryzyka, które zaakceptowaliśmy; oraz
    3) ubezpieczający umieścił go na liście (papierowej lub elektronicznej) osób przystępujących do umowy; oraz
    4) ubezpieczający opłacił składkę.
22. Jeśli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego ustalimy, że jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy ubezpieczającego lub osobę, która ma zostać objęta ochroną o tym, że:
    1) możemy objąć ochroną na wnioskowanych warunkach; albo
    2) możemy zawrzeć umowę lub objąć ochroną na warunkach szczególnych; albo
    3) odmawiamy zawarcia umowy lub objęcia ochroną.

23. Aby uzyskać dodatkowe informacje, które są niezbędne do wykonania oceny ryzyka będziemy się z Tobą kontaktować z użyciem środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) – jeśli wyraziłeś zgodę na taki sposób komunikacji.
24. Objęcie ochroną ubezpieczeniową potwierdzimy w certyfikacie, który Ci przekażemy za pośrednictwem ubezpieczającego.

Ocena poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy osób polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych. Oceny dokonujemy na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji zgody, kwestionariusza oceny ryzyka, wyników badań lekarskich lub diagnostycznych.

Jakie są zasady przystąpienia do umowy i objęcia ochroną współubezpieczonego

25. Współubezpieczony nabywa prawo do przystąpienia do umowy z dniem:
    1) przystąpienia pracownika do umowy; lub
    2) rozpoczęcia obowiązywania pakietu głównego dla współubezpieczonych; lub
    3) zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku małżonka pracownika; lub
    4) osiągnięcia pełnoletniości – w przypadku pełnoletniego dziecka pracownika; lub
    5) wskazania partnera przez pracownika – w przypadku partnera.
26. Jeśli nie obejmiemy ochroną pracownika, nie możemy objąć ochroną jego:
    1) małżonka albo partnera,
    2) pełnoletniego dziecka.
27. Jeśli umowa nie stanowi inaczej, do umowy może przystąpić małżonek albo partner lub pełnoletnie dziecko ubezpieczonego pracownika, gdy spełnia wszystkie następujące warunki:
    1) jest w wieku od 18 lat do 70 roku życia;
    2) jest małżonkiem albo partnerem lub pełnoletnim dzieckiem;
    3) w dniu złożenia papierowej lub elektronicznej deklaracji zgody:
        a) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim,
        b) nie przebywa w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku, w hospicjum, ani w innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
        c) nie jest uznana za niezdolną do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym, ani nie ubiega się o nie,
        d) nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego, ani też nie ubiega się o nie;
    4) nie spełnia definicji pracownika w rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie;
    5) przedstawiła dodatkowe informacje lub dokumenty niezbędne do oceny przez nas ryzyka ubezpieczeniowego, w tym dotyczące sytuacji finansowej i stanu zdrowia lub w tym celu poddała się badaniom – lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyjątkiem badań genetycznych) na nasz koszt.
28. Ochroną obejmiemy osobę, która spełnia warunki określone w poprzednim punkcie, jeśli:
    1) złożyła papierową albo elektroniczną deklarację zgody; oraz
    2) przeszła ocenę ryzyka, które zaakceptowaliśmy; oraz
    3) ubezpieczający umieścił ją na liście osób przystępujących do umowy w sposób z nami uzgodniony (z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej); oraz
    4) ubezpieczający opłacił składkę.

29. Jeśli po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego ustalimy, że jego poziom odbiega od standardowego, poinformujemy ubezpieczającego lub osobę, która ma zostać objęta ochroną o tym, że:
    1) możemy objąć ochroną na wnioskowanych warunkach; albo
    2) możemy zawrzeć umowę lub objąć ochroną na warunkach szczególnych; albo
    3) odmawiamy zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną.
30. Abyśmy mogli uzyskać dodatkowe informacje, które są niezbędne do oceny ryzyka, będziemy się kontaktować ze współubezpieczonym przy użyciu środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) – jeśli wyraził zgodę na taki sposób komunikacji.
31. Objęcie ochroną ubezpieczeniową potwierdzimy w certyfikacie, który przekażemy współubezpieczonemu za pośrednictwem ubezpieczającego.

Jak wskazać, zmienić lub odwołać wskazanie partnera

32. Jeśli jesteś pracownikiem albo współubezpieczonym pełnoletnim dzieckiem pracownika i nie pozostajesz w związku małżeńskim z osobą trzecią albo pozostajesz w separacji prawomocnie orzeczonej przez sąd to możesz wskazać Twojego partnera w deklaracji zgody lub w innym dokumencie (w formie pisemnej lub w inny uzgodniony z nami sposób, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej).
33. Raz w roku polisowym możesz zmienić partnera. Zmiana będzie skuteczna od dnia, w którym otrzymaliśmy wniosek informujący o zmianie partnera lub inny dokument (w formie pisemnej lub w inny uzgodniony z nami sposób, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej).
34. Możesz odwołać wskazanie partnera w każdym czasie. Odwołanie partnera staje się skuteczne w dniu kiedy otrzymaliśmy wniosek lub inny dokument (w formie pisemnej w inny uzgodniony z nami sposób, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej).
35. Wskazanie, zmiana lub odwołanie wskazania partnera musi zawierać jego:
    1) imię i nazwisko,
    2) obywatelstwo i numer PESEL, a dla osób nieposiadających PESEL – typ i numer dokumentu tożsamości.

Jakie są zasady zmiany warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy

36. Zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy wymaga:
    1) uzgodnienia pomiędzy stronami umowy w formie pisemnej; oraz
    2) uprzedniej Twojej zgody, jeśli zmiana jest niekorzystna dla Ciebie lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie Twojej śmierci.
37. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla umowy, przekażemy ubezpieczającemu informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy. Informacje te przekażemy ubezpieczającemu:
    1) na piśmie, lub
    2) na innym trwałym nośniku, jeśli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, lub
    3) za pomocą środków komunikacji elektronicznej, jeśli ubezpieczający wyrazi na to zgodę.

    Informacje te przekażemy Ci na Twoje żądanie.
38. Zanim ubezpieczający zgodzi się na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla umowy, powinien przekazać Ci na piśmie lub za Twoją zgodą na innym trwałym nośniku, otrzymane od nas informacje o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

ERGO HESTIA

Jakie są zasady zmiany wariantu w pakiecie głównym

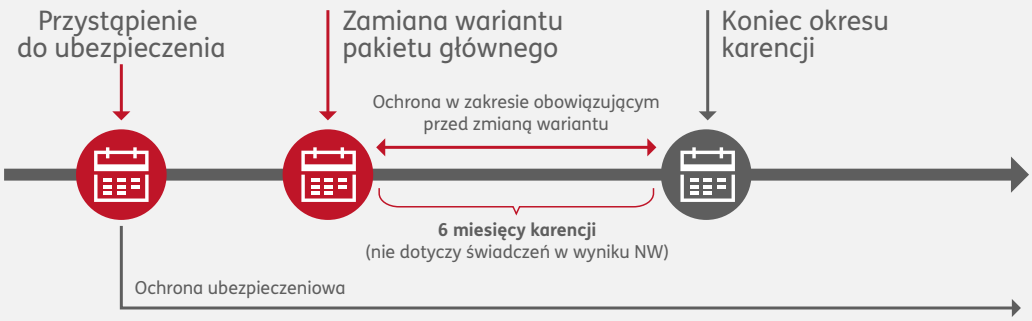
Pakiet główny

- Wariant 1
- Wariant 2
- Wariant 3

- Jest to zakres ochrony, który wskazaliśmy w umowie
- W umowie może być tylko jeden pakiet główny
- W pakiecie głównym może funkcjonować kilka wariantów, które różnią się zakresem, składką i kwotami świadczeń
- Liczbę wariantów w pakiecie głównym ustalamy w umowie i wskazujemy na polisie
- Osoba, która przystępuje do umowy może wybrać tylko jeden wariant z pakietu głównego

39. Jeśli umowa nie stanowi inaczej, przy zmianie wariantu w pakiecie głównym obowiązują zasady, które opisaliśmy w poniższych punktach.
40. Zmiana wariantu w pakiecie głównym możliwa jest raz w roku polisowym.
41. Aby zmienić wariant w pakiecie głównym:
    1) musisz spełnić warunki, które uprawniają do zmiany; oraz
    2) musisz złożyć papierowy lub elektroniczny (jeśli taki udostępnimy) wniosek o zmianę; oraz
    3) musisz przejść ocenę ryzyka – jeśli jej wymagamy; oraz
    4) musimy zaakceptować Twój wniosek i ocenę ryzyka; oraz
    5) składka w nowej wysokości musi być za Ciebie opłacona.
42. Jeśli zostaną spełnione wszystkie wymagane warunki, to wariant zmienimy pierwszego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego, pod warunkiem, że wniosek o zmianę został złożony i zaakceptowany przez nas przed rozpoczęciem tego miesiąca.
43. Zanim wyrazimy zgodę na zmianę wariantu, która skutkuje:
    1) rozszerzeniem zakresu ochrony; lub
    2) podwyższeniem kwoty świadczenia,

    możemy wymagać od Ciebie dodatkowych niezbędnych informacji do oceny ryzyka lub możemy skierować Cię na badania medyczne lub diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (z wyjątkiem badań genetycznych).
44. Jeśli w związku ze zmianą wariantu skierujemy Cię na badania medyczne to:
    1) w skierowaniu określimy zakres badań – lekarskich lub diagnostycznych – z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych);
    2) wskażemy gabinety lekarskie lub placówki opieki medycznej, które mogą je przeprowadzić;
    3) pokryjemy ich koszt.
45. Jeśli w dniu złożenia wniosku nie spełniasz warunków, które uprawniają Cię do zmiany wariantu, to poinformujemy ubezpieczającego o braku jego akceptacji.
46. W przypadku zmiany wariantu zastosujemy 6 miesięczną karencję w odniesieniu do kwot i rodzajów świadczeń, o które zakres ubezpieczenia został poszerzony, w wyniku zmiany tego wariantu. Okres karencji liczymy od daty zmiany wariantu ubezpieczenia i nie dotyczy świadczeń w wyniku nieszczęśliwego wypadku.



Jakie są zasady zmiany zakresu ubezpieczenia o pakiety dodatkowe

- Jest to rozszerzenie zakresu ochrony, który wskazaliśmy w pakiecie głównym
- W umowie może być jeden lub więcej pakietów dodatkowych
- W pakiecie dodatkowym może funkcjonować kilka wariantów, które różnią się składką i kwotami świadczeń
- Liczbę pakietów dodatkowych ustalamy w umowie i wskazujemy na polisie
- Osoba, która przystępuje do ubezpieczenia może wybrać po jednym wariancie z każdego dostępnego w umowie pakietu dodatkowego

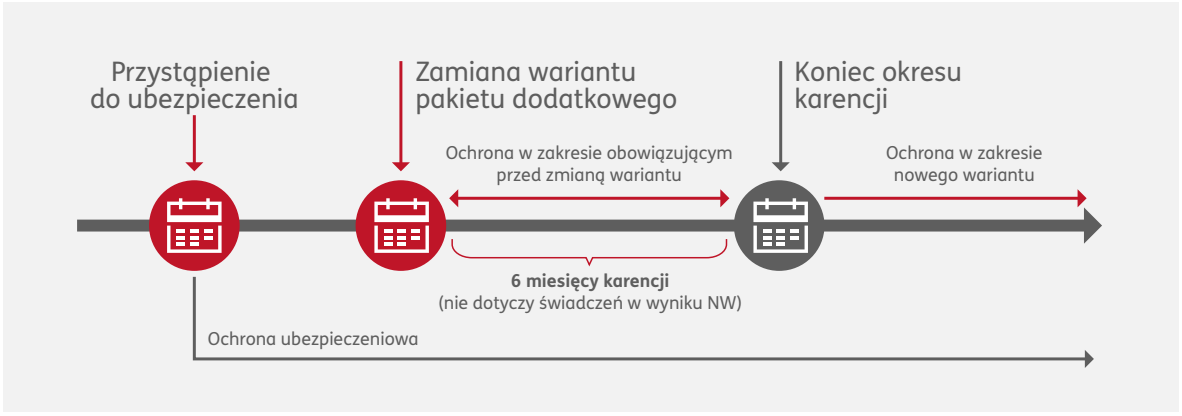
47. Jeśli umowa nie stanowi inaczej, przy:
    1) rozszerzeniu o pakiet dodatkowy; lub
    2) zmianie wariantu w pakiecie dodatkowym; lub
    3) rezygnacji z pakietu dodatkowego;

    obowiązują zasady, które opisaliśmy w poniższych punktach.
48. Możesz rozszerzyć zakres ubezpieczenia o pakiety dodatkowe (na zasadach, które opisaliśmy w trzech punktach poniżej) lub z nich zrezygnować w dowolnym czasie ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca kalendarzowego.
49. Możesz raz w roku polisowym zmienić wariant w pakiecie dodatkowym.
50. Jeśli chcesz rozszerzyć ubezpieczenie o pakiety dodatkowe, zrezygnować z pakietów dodatkowych lub zmienić wariant w pakiecie dodatkowym, musisz złożyć papierowy lub elektroniczny (jeśli taki udostępnimy) wniosek o zmianę zakresu ubezpieczenia.
51. Aby rozszerzyć zakres ubezpieczenia o pakiety dodatkowe lub zmienić wariant w pakiecie dodatkowym:
    1) musisz spełnić warunki uprawniające do zmiany zakresu ubezpieczenia; oraz
    2) musisz przejść ocenę ryzyka – jeśli ją wymagamy; oraz
    3) musimy zaakceptować Twój wniosek o zmianę zakresu ubezpieczenia i ocenę ryzyka.
52. Aby zrezygnować z pakietów dodatkowych musimy zaakceptować Twój wniosek o rezygnację z pakietów dodatkowych.
53. Jeśli zostaną spełnione wszystkie warunki, to zmienimy zakres ubezpieczenia pierwszego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego, o ile wniosek o zmianę został złożony i zaakceptowany przez nas przed rozpoczęciem tego miesiąca, a składka w nowej wysokości została za Ciebie opłacona.
54. Zanim wyrazimy zgodę na zmianę, która skutkuje:
    1) rozszerzeniem zakresu ochrony; lub
    2) podwyższeniem kwoty świadczenia,

    możemy wymagać od Ciebie dodatkowych niezbędnych informacji do oceny ryzyka lub możemy skierować Cię na badania medyczne lub diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (z wyjątkiem badań genetycznych).
55. Jeśli w związku ze zmianą zakresu ubezpieczenia skierujemy Cię na badania medyczne to:
    1) określimy w skierowaniu zakres badań – lekarskich lub diagnostycznych – z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych);
    2) wskażemy gabinety lekarskie lub placówki opieki medycznej, które mogą je przeprowadzić;
    3) pokryjemy ich koszt.
56. Jeśli w dniu złożenia wniosku nie spełniasz warunków, które uprawniają Cię do zmiany zakresu ubezpieczenia, to poinformujemy ubezpieczającego o braku jego akceptacji.

57. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pakiety dodatkowe w czasie, kiedy obejmujemy Cię ochroną zastosujemy karencję wskazaną w polisie i w certyfikacie.

58. W przypadku zmiany wariantu pakietu dodatkowego zastosujemy 6 – miesięczną karencję w odniesieniu do kwot i rodzajów świadczeń, o które zakres ubezpieczenia został poszerzony, w wyniku zmiany tego wariantu. Okres karencji liczymy od daty zmiany wariantu ubezpieczenia i nie dotyczy świadczeń w wyniku nieszczęśliwego wypadku.



Rozdział 3. Jakie są obowiązki związane z umową

Jakie są obowiązki ubezpieczającego

59. Ubezpieczający ma następujące obowiązki związane z umową, które wymagają od niego:

1) prawidłowo i terminowo wykonywać obowiązki przewidziane umową;
2) podać prawdziwe, znane ubezpieczającemu informacje, o które pytamy przed zawarciem umowy;
3) podać informacje, które są niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub do potwierdzenia zasadności roszczenia;
4) informować nas o zmianach danych osobowych (np. nazwisko, numer dokumentu tożsamości) lub rejestrowych (danych np. z KRS albo CEIDG) oraz danych kontaktowych (np. adres, numer telefonu, e-mail);
5) jeśli umowa nie stanowi inaczej – osobom zainteresowanym przystąpieniem do umowy, zanim wyrażą zgodę na objęcie ochroną lub zanim wyrażą zgodę na finansowanie kosztu składki, przekazać Warunki ERGO Życie w Biznesie w jednej z następujących postaci:
   a) papierowej – doręczyć;
   b) elektronicznej – udostępnić w taki sposób, aby mogły je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności;
6) na nasz wniosek ubezpieczający musi dostarczyć nam dokument z potwierdzeniem doręczenia lub udostępnienia Warunków ERGO Życie w Biznesie wszystkim osobom, które są zainteresowane przystąpieniem do umowy;
7) terminowo opłacać należną składkę za wszystkich ubezpieczonych;
8) przekazywać ubezpieczonym certyfikaty;
9) potwierdzać nam pozostawanie z ubezpieczonym w stosunku pracy lub związanie z nim inną umową lub więzią wynikającą z definicji pracownika – w dacie wypełniania deklaracji zgody i w okresie ubezpieczenia;

10) w sposób z nami uzgodniony (z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) potwierdzać stan grupy ubezpieczonych, tj.:
    a) aktualną listę ubezpieczonych oraz współubezpieczonych,
    b) ustanie zatrudnienia,
    c) rezygnacje z ubezpieczenia,
    d) osoby, za które nie opłaca składki;
11) przekazywać ubezpieczonym informacje lub dokumenty dotyczące umowy, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności w przypadku planowanej zmiany warunków umowy (w tym składki, zakresu ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia lub świadczeń) oraz przekazywać nam dokumenty z potwierdzeniem otrzymania tych informacji od ubezpieczonych i z ich zgodą na zmiany warunków umowy;
12) pośredniczyć w przekazywaniu osobom, które są zainteresowane przystąpieniem do umowy i ubezpieczonym dokumentów lub informacji kierowanych do nich przez nas lub od nich do nas, w tym informacji o przedłużeniu lub nieprzedłużeniu ochrony na kolejny rok polisowy, zmianie ubezpieczenia, rezygnacji z ubezpieczenia, zakończeniu umowy lub ochrony;
13) przetwarzać dane i dokumenty osób przystępujących do umowy i ubezpieczonych zgodnie z wymogami powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych jako administrator danych osobowych;
14) informować ubezpieczonych o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w sytuacji, gdy zakończą pozostawanie z ubezpieczającym w stosunku pracy lub związanie z nim inną umową lub więzią wynikającą z definicji pracownika lub za których ubezpieczający zakończy opłacać składkę.

60. Ubezpieczający w umowach zawartych na rachunek pracowników lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin, a także umów zawartych na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych, jest zobowiązany do przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy, przed przystąpieniem do umowy, informacji:
    1) o firmie zakładu ubezpieczeń oraz adresie jego siedziby;
    2) o charakterze wynagrodzenia w rozumieniu Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego – o ile takie otrzymuje zgodnie z treścią art. 18 ust. 3 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
    3) o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
61. W zakresie umów, o których mowa w punkcie poprzednim, do ubezpieczającego stosuje się odpowiednio przepis art. 7 Ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

Jakie są Twoje obowiązki

62. Masz następujące obowiązki związane z przystąpieniem do umowy:
    1) podać prawdziwe, znane Ci informacje, o które pytamy przed objęciem ochroną;
    2) poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych) na nasz koszt, jeśli będzie to niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia;
    3) informować nas o zmianach danych osobowych (np. nazwisko, numer dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (np. adres, numer telefonu, e-mail) – jeśli zobowiążesz się do tego.

Jakie są nasze obowiązki związane z umową

63. Mamy następujące obowiązki związane z umową:

1) w razie zajścia zdarzenia jesteśmy zobowiązani spełnić świadczenie na zasadach określonych w umowie oraz prawidłowo i terminowo wykonywać pozostałe obowiązki przewidziane umową;
2) podjąć postępowanie, w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia, dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia;
3) informować osobę, która występuje z roszczeniem, w terminie 7 dni od jego otrzymania, na piśmie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, jeśli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania;
4) informować ubezpieczającego lub ubezpieczonego o zawiadomieniu o wystąpieniu zdarzenia, w terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu tego zdarzenia, jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem;
5) informować na piśmie osobę, która zgłasza roszczenie oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części oraz wypłacić bezsporną część świadczenia - jeśli w terminach określonych w Ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub w umowie nie wypłacimy świadczenia;
6) informować na piśmie osobę, która występuje z roszczeniem oraz ubezpieczonego, jeśli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o tym że świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
7) udostępniać ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, osobie, która występuje z roszczeniem, lub uprawnionemu z umowy informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia; na żądanie ww. osób w postaci elektronicznej; pisemnie potwierdzać na żądanie ww. osób udostępnione informacje, a także sporządzać na ich koszt, nie odbiegający od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług, kserokopie dokumentów i potwierdzać ich zgodność z oryginałem; przechowywać te informacje i dokumenty do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy;
8) zachować tajemnicę dotyczącą umowy; obowiązek ten dotyczy nas jak również osoby przez nas zatrudnione oraz podmioty, za pomocą których wykonujemy czynności ubezpieczeniowe; obowiązek ten nie dotyczy informacji udzielanych w przypadkach określonych Ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej i innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
9) informować ubezpieczającego o zmianach naszych danych rejestrowych oraz danych kontaktowych;
10) przekazywać ubezpieczającemu oraz ubezpieczonemu na jego żądanie informacje w zakresie zmiany warunków umowy lub zmiany prawa właściwego dla umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z umowy, przed wyrażeniem przez strony zgody na te zmiany;
11) udzielać na wniosek ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz Warunków ERGO Życie w Biznesie w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego;
12) udostępniać na żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego informacje o oświadczeniach złożonych przy zawieraniu umowy, przystępowaniu do umowy lub kopie dokumentów;
13) wypełniać pozostałe obowiązki zakładu ubezpieczeń określone powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Rozdział 4. Składka

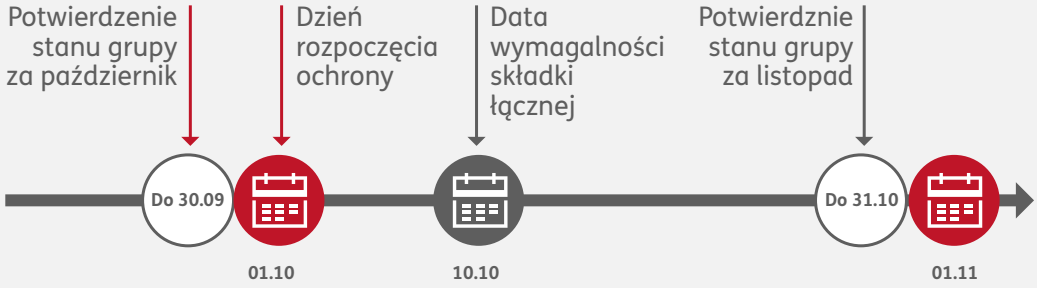
Jak opłacać składkę

64. Ubezpieczający jest zobowiązany terminowo opłacać należną składkę za wszystkich ubezpieczonych, których obejmujemy ochroną na podstawie umowy, z częstotliwością miesięczną.
65. Wysokość składki, termin płatności i częstotliwość jej opłacania określamy w umowie i wskazujemy w polisie.
66. Składkę powinien opłacać ubezpieczający jednym przelewem za wszystkich ubezpieczonych grupowo na rachunek bankowy wskazany w polisie.
67. Składkę należną uważamy za opłaconą w dniu uznania naszego rachunku bankowego, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości.
68. Nie później niż przed datą początku ubezpieczenia, a następnie w kolejnych miesiącach, nie później niż w ostatnim dniu miesiąca, bezpośrednio go poprzedzającego, ubezpieczający musi potwierdzić stan grupy w sposób z nami uzgodniony (z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej). Potwierdzenie stanu grupy musi obejmować aktualną listę ubezpieczonych oraz współubezpieczonych, ustanie zatrudnienia, rezygnacje z ubezpieczenia oraz osoby, za które nie opłaca składki.

Potwierdzenie stanu grupy

1 września ubezpieczający zatrudnia 2 nowych pracowników, którzy chcą przystąpić do ochrony od 1 października.

- Ubezpieczający zgłasza we wrześniu nowe przystąpienia do umowy.
- Do 30 września ubezpieczający potwierdza stan grupy, którą obejmujemy ochroną w październiku.
- Do 10 października ubezpieczający opłaca składkę za całą grupę.



69. Jeśli ubezpieczający nie potwierdzi stanu grupy w terminach i w sposób, który określiliśmy w poprzednim punkcie, przyjmiemy, że stan grupy nie zmienił się i ustalimy należną składkę na podstawie danych ostatnio potwierdzonych przez ubezpieczającego.
70. Jeśli kwota wpłacona przez ubezpieczającego tytułem składki jest niższa od składki należnej, przyjmujemy, że składka nie została opłacona.
71. Jeśli ubezpieczający ma zaległość w opłacaniu składki i nie wskaże inaczej, to wpłacane kolejne kwoty zaliczymy na składkę najdawniej wymagalną.
72. Zwrócimy ubezpieczającemu składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, jeśli stosunek ubezpieczenia wygaśnie przed upływem okresu, na jaki zawarliśmy umowę. Ubezpieczający jest zobowiązany rozliczyć z osobą, która była objęta ubezpieczeniem i finansowała koszt składki, otrzymany od nas zwrot składki.

Jak ustalamy wysokość składki

73. Wysokość składki ustalamy na jednakowym poziomie dla wszystkich lub części grupy ubezpieczonych na podstawie:
    1) taryfy ubezpieczeniowej;
    2) miejsca i rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej przez ubezpieczającego;
    3) historii poprzednich umów ubezpieczenia grupowego;
    4) zakresu i wysokości świadczeń;
    5) sposobu finansowania składki;
    6) struktury wieku i płci;
    7) zawodów wykonywanych przez osoby obejmowane ochroną;

    z wyjątkiem przypadku opisanego w kolejnym punkcie.
74. W wyniku oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego składka w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych może różnić się od ustalonej dla pozostałych ubezpieczonych.
75. Ustalając wysokość składki uwzględniamy w szczególności okresy karencji oraz inne ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności, określone w Warunkach ERGO Życie w Biznesie.

Co się stanie, jeśli ubezpieczający nie opłaci składki

76. Jeśli ubezpieczający nie wpłaci pierwszej składki, nie rozpoczniemy ochrony.
77. Jeśli ubezpieczający nie opłaci składki w terminie określonym w umowie, wyślemy mu wezwanie do zapłaty w dodatkowym terminie 14 dni od otrzymania wezwania. W wezwaniu podamy skutki nieopłacenia składki w dodatkowym terminie.
78. Jeśli pomimo wezwania pierwsza składka nie została opłacona w dodatkowym terminie, uznamy że umowa została wypowiedziana przez ubezpieczającego. W takiej sytuacji umowę rozwiążemy z dniem, w którym miała się rozpocząć ochrona.
79. Jeśli pomimo wezwania kolejna składka nie została opłacona w dodatkowym terminie, uznamy że umowa została wypowiedziana przez ubezpieczającego. W takiej sytuacji umowę rozwiążemy z końcem okresu, za który była opłacona ostatnia składka. Ochrona ustaje począwszy od pierwszego dnia okresu, za który składka nie została opłacona. Przywrócimy ją w pełnym zakresie i z zachowaniem ciągłości, jeśli wszystkie zaległe składki zostaną opłacone w dodatkowym terminie zapłaty.
80. Jeśli kwota opłacona przez ubezpieczającego nie odpowiada sumie składek wymagalnych za wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem (zgodnie z ostatnim potwierdzeniem stanu grupy od ubezpieczającego) uznajemy, że nie została opłacona składka za wszystkich ubezpieczonych.

Rozdział 5. Zakończenie umowy lub ochrony

Kiedy rozwiązuje się umowa, kiedy kończy się ochrona

81. Umowa się rozwiązuje lub ochrona się kończy:
    1) z upływem okresu, na jaki umowa została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia; albo
    2) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego; albo
    3) w dniu, w którym otrzymaliśmy odstąpienie od umowy ubezpieczającego; albo
    4) z dniem zakończenia naszej odpowiedzialności w odniesieniu do ostatniego ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem; albo

5) w ostatnim dniu miesiąca po złożeniu przez Ciebie rezygnacji z ubezpieczenia (wystąpienia z umowy); albo

6) dla współubezpieczonych:

   a) z dniem zakończenia Twojej ochrony (ochrona dla współubezpieczonych nie może trwać dłużej niż Twoja ochrona); albo

   b) z końcem miesiąca, w którym otrzymaliśmy prawomocny wyrok sądu orzekający o Twoim rozwodzie z współubezpieczonym – w przypadku małżonka;

   c) z końcem miesiąca, w którym otrzymaliśmy prawomocny wyrok sądu orzekający Twoją separację z współubezpieczonym małżonkiem i wskazanie przez Ciebie partnera;

   d) z końcem miesiąca, w którym odwołałeś wskazanie partnera jako współubezpieczonego; albo

7) z końcem miesiąca, w którym nie spełniasz definicji pracownika w rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie; albo

8) z końcem okresu, za który była opłacona ostatnia składka – w przypadku nieopłacenia wymagalnej składki, o ile nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu ubezpieczającego do zapłaty; albo

9) jeśli jako instytucja obowiązana, musimy rozwiązać umowę z powodu tego, że nie możemy zastosować jednego ze środków bezpieczeństwa finansowego określonych w Ustawie z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

82. Rozwiązanie umowy skutkuje jednoczesnym wyłączeniem z ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych (i odwrotnie).

Jak wypowiedzieć umowę lub zrezygnować z ubezpieczenia

83. Jeśli z jakiegokolwiek powodu ubezpieczający chce wypowiedzieć umowę, może to zrobić składając nam oświadczenie w tym przedmiocie:

    1) u naszego przedstawiciela; lub

    2) wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81–731 Sopot; lub

    3) osobiście w naszej siedzibie: ul. Hestii 1, 81–731 Sopot; lub

    4) wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16.

84. Jeśli z jakiegokolwiek powodu chcesz zrezygnować z ubezpieczenia (wystąpić z umowy), możesz to zrobić składając nam oświadczenie w tym przedmiocie:

    1) u naszego przedstawiciela; lub

    2) wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81–731 Sopot; lub

    3) osobiście w naszej siedzibie: ul. Hestii 1, 81–731 Sopot; lub

    4) wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16.

85. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego po złożeniu nam oświadczenia o wypowiedzeniu umowy) ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca.

86. Okres rezygnacji z ubezpieczenia kończy się w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymaliśmy Twoją rezygnację (wystąpienie z umowy).

87. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, przez jaki trwała nasza odpowiedzialność.

Kiedy i jak ubezpieczający może odstąpić od umowy

88. Ubezpieczający może odstąpić od umowy składając nam oświadczenie w tym przedmiocie:
    1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy, a jeśli jest przedsiębiorcą to w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy; lub
    2) w terminie 30 dni od dnia, w którym dowie się o prawie odstąpienia od umowy – jeśli jest konsumentem i nie poinformowaliśmy go o prawie odstąpienia od umowy najpóźniej w chwili jej zawarcia.
89. W przypadku odstąpienia od umowy zwrócimy ubezpieczającemu całą wpłaconą składkę.
90. Odstąpienie ubezpieczający może złożyć:
    1) u naszego przedstawiciela; lub
    2) wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot; lub
    3) osobiście w naszej siedzibie: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot; lub
    4) wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16.

Rozdział 6. Zgłaszanie roszczeń i termin realizacji świadczeń

Jak zgłosić roszczenie

91. Roszczenie można zgłosić:
    1) przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl; lub
    2) wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-71115-41590-RJWRG-16; lub
    3) u naszego przedstawiciela; lub
    4) osobiście w naszej siedzibie: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot; lub
    5) dzwoniąc pod numer: 58 555 55 55 lub 801 107 107; lub
    6) wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.

W jakim terminie realizujemy świadczenia

92. Mamy obowiązek zrealizować świadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
93. Jeśli w terminie 30 dni od zawiadomienia o zdarzeniu okaże się niemożliwe, abyśmy wyjaśnili okoliczności konieczne do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia, to spełnimy świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
94. Jeśli do części świadczeń nie było żadnych wątpliwości, bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.

Rozdział 7. Reklamacje

Kto może złożyć reklamacje

95. Reklamację dotyczącą naszych usług lub usług agenta wyłącznego lub multiagenta możesz złożyć Ty, ubezpieczający, beneficjent główny lub beneficjent dodatkowy, uprawniony z umowy lub spadkobierca, który posiada interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy, a także poszukujący ochrony.

Jak złożyć reklamacje na nasze usługi lub naszego agenta wyłącznego

Kim jest agent wyłączny

Agent wyłączny to agent, który działa w imieniu lub na rzecz jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń. Działy ubezpieczeń określa załącznik do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

96. Reklamację na nasze usługi lub na usługi naszego agenta wyłącznego można złożyć w sposób, który przedstawiamy w Tabeli 3.

Tabela 3 – Sposób złożenia reklamacji na nasze usługi lub na usługi naszego agenta wyłącznego

Sposób złożenia reklamacji	Dodatkowe informacje
elektronicznie	przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16
telefonicznie	pod numerem 58 555 55 55 lub 801 107 107
pisemnie	wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot
ustnie lub pisemnie	podczas wizyty w naszej siedzibie

W jakim terminie odpowiemy na reklamacje

97. Na reklamację odpowiemy w terminie 30 dni od jej otrzymania.
98. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, jeśli nie będziemy mogli odpowiedzieć na reklamację do 30 dni, odpowiedź wyślemy w terminie 60 dni jej otrzymania.
99. O konieczności przedłużenia terminu na udzielenie odpowiedzi na reklamację poinformujemy osobę, która ją składa w terminie 30 dni.

Jak odpowiemy na reklamacje

100. Na reklamację odpowiemy na piśmie.
101. Odpowiedź na reklamację możemy też wysłać pocztą elektroniczną na wniosek osoby, która ją zgłosiła.

Do kogo jeszcze można się zwrócić

102. Osoba fizyczna, która składa reklamację może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl).
103. W niestandardowych sprawach osoby uprawnione do złożenia reklamacji mogą zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii przez formularz na stronie: https://www.ergohestia.pl/rzecznik-klienta/.

Jak złożyć reklamacje na usługi multiagenta

Kim jest multiagent

Multiagent to agent, który działa w imieniu lub na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń. Działy ubezpieczeń określa załącznik do Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

104. Reklamację na usługi multiagenta w zakresie, który nie jest związany z udzielaną ochroną, należy składać bezpośrednio multiagentowi.
105. Reklamację rozpatruje bezpośrednio multiagent.
106. Jeśli wpłynie do nas taka reklamacja, przekażemy ją niezwłocznie multiagentowi i poinformujemy o tym jednocześnie osobę, która ją złożyła.

Rozdział 8. Rozpatrywanie sporów

Według jakiego prawa rozpatrywane są spory

107. Spory, które wynikają z umowy rozpatrywane są według prawa polskiego.

Który sąd jest właściwy do rozpatrzenia sporów

108. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy można wytoczyć:
    1) według przepisów o właściwości ogólnej; albo
    2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: ubezpieczającego, Twojego lub uprawnionego z umowy; albo
    3) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.
109. Spór można również poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego.

Kto oprócz sądu może jeszcze rozpatrzyć spór

110. Spory, które wynikają z umowy pomiędzy nami a: ubezpieczającym, Tobą, uposażonym (beneficjentem głównym lub beneficjentem dodatkowym), uprawnionym z umowy lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy, będącym osobą fizyczną, mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym.
111. Adres Rzecznika Finansowego: ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, www.rf.gov.pl.
112. Rzecznik Finansowy jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań na podstawie przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.
113. Adres elektroniczny, pod którym można kontaktować się z nami to formularz https://www.ergohestia.pl/obsluga_polisy/.
114. Konsument w rozumieniu Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny może też zwrócić się o pomoc do powiatowego (miejskiego) rzecznika konsumentów.

Rozdział 9. Dane kontaktowe i inne informacje

W jaki sposób możemy się kontaktować

115. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia powinny być przekazywane w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób.

116. Można nam składać oświadczenia i zawiadomienia:

1) przez formularz na stronie: www.ergohestia.pl/obsluga_polisy; lub
2) na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-71115-41590-RJWRG-16; lub
3) u naszego przedstawiciela; lub
4) wysyłając list na adres naszej siedziby: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot; lub
5) osobiście w naszej siedzibie: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.

117. We wszystkich sprawach związanych z ubezpieczeniem można zadzwonić pod numer: 58 555 55 55 lub 801 107 107.

118. Nasze oświadczenia i zawiadomienia składamy:

1) przez naszego przedstawiciela; lub
2) dzwoniąc pod podany numer telefonu lub e-mail; lub
3) wysyłając e-mail; lub
4) wysyłając list na ostatni podany adres.

119. Jeśli przepisy prawa tego od nas wymagają, składamy oświadczenie w formie określonej powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

120. Ubezpieczający ma obowiązek informować nas o zmianie przekazanych nam danych rejestrowych oraz danych osobowych, w tym adresu siedziby oraz danych kontaktowych.
My mamy taki sam obwiązek względem ubezpieczającego, w przypadku zmiany naszych danych, w tym adresu siedziby oraz danych kontaktowych.

121. Masz obowiązek informowania nas o zmianach danych osobowych (np. nazwisko, numer dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (np. adres, numer telefonu, e-mail), jeśli się do tego zobowiążesz.

Kluczowe informacje dotyczące korespondencji

Jeśli kierujesz do nas korespondencję, ważne aby pojawiły się w niej informacje, które umożliwią nam identyfikację umowy. Mogą to być dane takie jak imię i nazwisko, numer polisy, numer certyfikatu.

Jak przetwarzamy dane osobowe

122. Informacje o tym, jak przetwarzamy dane osobowe, zawarliśmy w Załączniku 6 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Co stosujemy w sprawach nieuregulowanych Warunkami ERGO Życie w Biznesie

123. W sprawach nieuregulowanych Warunkami ERGO Życie w Biznesie stosujemy odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

Jakie jest prawo właściwe dla umowy i w jakim języku ją zawieramy

124. Umowę zawieramy na podstawie prawa polskiego i w języku polskim.

125. Do chwili zawarcia umowy, stosunki prawne między nami także reguluje prawo polskie.

Jakie są zasady opodatkowania świadczeń

126. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu umowy ubezpieczenia, znajdziesz między innymi w następujących przepisach:

    1) Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych: art. 21 ust. 1 pkt 4, art. 24 ust. 15 i 15a, art. 30a ust. 1 pkt 5 i 5a;

    2) Ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych m.in: art. 7, art 7b, art. 12, art. 18 i art. 19 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

127. Dodatkowo nabycie przez osoby fizyczne praw majątkowych, wykonywanych w Polsce, tytułem spadku, podlega podatkowi od spadków i darowizn, w wysokości określonej w art. 14 i 15 Ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym, zgodnie z art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego.

128. Zasady, które wskazaliśmy powyżej, dotyczące opodatkowania świadczeń wynikają z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, według stanu obowiązującego w dniu uchwalenia Warunków ERGO Życie w Biznesie. Zwróć uwagę, że w przypadku zmiany przepisów, powyższe zasady opodatkowania mogą ulec zmianie.

129. W umowach zawieranych na podstawie Warunków ERGO Życie w Biznesie wykluczona jest możliwość:

    1) zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,

    2) wypłaty kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,

    3) wypłaty z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

Jak będziemy postępować w przypadku sankcji

130. Umowy zawierane przez nas nie mogą służyć do rozliczeń transakcji objętych sankcjami, zakazami i ograniczeniami, które wynikają z prawa polskiego lub międzynarodowego (dalej: sankcje).

131. Sankcje mogą być nałożone w szczególności przez podmioty międzynarodowe, m.in. Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, jak również Stany Zjednoczone Ameryki Północnej.

132. Nie będziemy uznani za udzielających ochrony i nie będziemy zobowiązani do dokonania zapłaty z tytułu jakiegokolwiek roszczenia ani do zapewnienia lub udzielenia jakiejkolwiek korzyści w związku z ochroną, w zakresie w jakim udzielenie ochrony, zapłata lub zapewnienie czy udzielenie innej korzyści w związku z ochroną mogłyby skutkować naruszeniem sankcji.

133. W każdym przypadku, gdy będziemy stosować sankcje, zachowamy zgodność z przepisami prawa, które mają do nas zastosowanie.

Gdzie znaleźć nasze sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej

134. Nasze sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej udostępniamy na stronie internetowej www.ergohestia.pl.

Czy w metodach kalkulacji rezerw są czynniki, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia

135. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia.

Co zrobimy w przypadku zmiany systemu monetarnego lub denominacji

136. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Rozdział 10. Zgon ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

137. Ochroną obejmujemy Twój zgon w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

138. Wypłacimy świadczenie w kwocie, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdarzenia (suma ubezpieczenia).

139. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

140. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

141. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

142. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

143. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie – świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:

    1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;
    2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
    3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
    4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

Kiedy stosujemy karencję

144. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

145. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w pakiecie głównym lub w pakiecie dodatkowym w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego zgonu, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed tą zmianą.

146. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twój zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

147. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twój zgon będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) popełniłeś samobójstwo w okresie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną.
148. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twój zgon nastąpi w wyniku działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

149. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
    3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
    4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.
150. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
151. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
152. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 11. Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

153. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
    1) nieszczęśliwy wypadek wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
    2) Twój zgon nastąpi w ciągu 180 dni od tego wypadku;
    3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a Twoim zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

154. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (suma ubezpieczenia).

155. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:
    1) zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz
    2) zgonu ubezpieczonego,

    jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.

156. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

157. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

158. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

159. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

160. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie – to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:
    1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;
    2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
    3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
    4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

161. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego nastąpi Twój zgon będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) popełniłeś samobójstwo w okresie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną; lub

3) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

4) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub

5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub

7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub

8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

9) doznałeś uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

162. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

163. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;

3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji).

164. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

165. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

166. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 12. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

167. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek komunikacyjny wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;

2) Twój zgon nastąpi w ciągu 180 dni od tego wypadku;

3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a Twoim zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

168. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego (suma ubezpieczenia).

169. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

    1) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego; oraz
    2) zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz
    3) zgonu ubezpieczonego,

    jeśli spełnione zostały definicje wszystkich tych zdarzeń.

170. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz, jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

171. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

172. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

173. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

174. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie – to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:

    1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;
    2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
    3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
    4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

175. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny w wyniku, którego nastąpi Twój zgon będzie spowodowany tym, że:

    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) popełniłeś samobójstwo w okresie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną; lub
    3) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    4) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) doznałeś uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem komunikacyjnym.

176. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie; lub
3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

177. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji).

178. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

179. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

180. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 13. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

181. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku wypadku w pracy, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek w pracy wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) Twój zgon nastąpi w ciągu 180 dni od tego wypadku;
3) pomiędzy wypadkiem w pracy, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

182. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu w wyniku wypadku w pracy (suma ubezpieczenia).

183. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy; oraz
2) zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz
3) zgonu ubezpieczonego,

jeśli spełnione zostały definicje wszystkich tych zdarzeń.

184. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz, jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

185. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

186. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

187. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

188. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie – to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:

1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;
2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

189. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek w pracy w wyniku, którego nastąpi Twój zgon będzie spowodowany tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) popełniłeś samobójstwo w okresie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną; lub
3) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) doznałeś uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem w pracy.

190. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

191. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku w pracy (np. notatka urzędowa z policji, karta wypadku lub protokół powypadkowy).

192. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

193. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

194. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 14. Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

195. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

    1) wypadek komunikacyjny w pracy wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;

    2) Twój zgon nastąpi w ciągu 180 dni od tego wypadku;

    3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym w pracy, a Twoim zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

196. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy (suma ubezpieczenia).

197. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

    1) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy; oraz

    2) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego; oraz

    3) zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz

    4) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy; oraz

    5) zgonu ubezpieczonego.

    W przypadku, gdy umowa nie obejmuje ubezpieczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy, to wysokość świadczenia w tym ubezpieczeniu wskazana w polisie i certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu zdarzeń opisanych w pkt 2) – 5), jeśli wypadek spełnia definicje wszystkich tych zdarzeń.

198. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

199. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

200. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

201. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

202. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie, to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:

    1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;

2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

203. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny w pracy w wyniku, którego nastąpi Twój zgon będzie spowodowany tym, że:
1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) popełniłeś samobójstwo w okresie 6 miesięcy od daty objęcia ochroną; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) doznałeś uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem komunikacyjnym w pracy.

204. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:
1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

205. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy potrzebujemy:
1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego w pracy (np. notatka urzędowa z policji, karta wypadku lub protokół powypadkowy).

206. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

207. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

208. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 15. Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

209. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
    1) zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
    2) Twój zgon nastąpi w ciągu 180 dni od zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego;
    3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym, a Twoim zgonem musi istnieć związek przyczynowy;
    4) zawał mięśnia sercowego oraz krwotok śródmózgowy muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie lub będą potwierdzone w badaniu sekcyjnym.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

210. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień Twojej śmierci w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego (suma ubezpieczenia).

211. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:
    1) zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego; oraz
    2) zgonu ubezpieczonego,

    jeśli zostały spełnione definicje obu tych zdarzeń.

212. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

213. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

214. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

215. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

216. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie, to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:
    1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;
    2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
    3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
    4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

ERGO HESTIA

Kiedy stosujemy karencję

217. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

218. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia z tytułu Twojego zgonu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego w czasie, kiedy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

219. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za taki Twój zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – jeśli zawał serca lub krwotok śródmózgowy będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

220. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy w wyniku, którego nastąpi Twój zgon będzie spowodowany tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
7) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

221. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

222. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi w wyniku choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana), w okresie 2 lat przed objęciem ochroną. Ograniczenie to stosujemy do następujących chorób: zawał mięśnia sercowego, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, jakakolwiek kardiomiopatia, wada wrodzona serca lub tętniak.

223. Ograniczenia odpowiedzialności określonego w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy wypełniłeś oświadczenie o stanie zdrowia dotyczące chorób układu krążenia – zawarte w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

224. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.

225. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

226. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

227. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 16. Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

228. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

    1) zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;

    2) Twój zgon nastąpi w ciągu 180 dni od zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;

    3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu, a Twoim zgonem będzie związek przyczynowy;

    4) zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie lub będą potwierdzone w badaniu sekcyjnym.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

229. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień Twojej śmierci w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (suma ubezpieczenia).

230. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

    1) zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu; oraz

    2) z tytułu zgonu ubezpieczonego,

    jeśli zostały spełnione definicje obu tych zdarzeń.

231. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

232. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

233. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

234. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie – należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

235. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie, to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:

    1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;

    2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;

    3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;

    4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

Kiedy stosujemy karencję

236. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

237. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia z tytułu Twojego zgonu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu w czasie, kiedy obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

238. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za taki Twój zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – jeśli zawał serca lub udar mózgu będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

239. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, w wyniku którego nastąpi Twój zgon będzie spowodowany tym, że:

    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    7) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

240. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie; lub
    3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

241. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi w wyniku choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana), w okresie 2 lat przed objęciem ochroną. Ograniczenie to stosujemy do następujących chorób: zawał mięśnia sercowego, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, cukrzyca, choroby niedokrwiennej serca, jakakolwiek kardiomiopatia, wada wrodzona serca lub tętniak.

242. Ograniczenia odpowiedzialności w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

    1) przy przystępowaniu do umowy wypełniłeś oświadczenie o stanie zdrowia, dotyczące chorób układu krwionośnego – zawarte w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka dotyczącym układu krążenia; lub
    2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

243. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, potrzebujemy:

    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
    3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
    4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.

244. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

245. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

246. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 17. Zgon ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

247. Ochroną obejmujemy Twój zgon w wyniku choroby nowotworowej, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) choroba nowotworowa zostanie zdiagnozowana czasie naszej odpowiedzialności oraz zgon nastąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) pomiędzy chorobą nowotworową, a Twoim zgonem będzie związek przyczynowy;
3) choroba nowotworowa musi spełniać warunki, które określiliśmy w definicji tego pojęcia w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

248. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień Twojej śmierci w wyniku choroby nowotworowej (suma ubezpieczenia).

249. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej; oraz
2) zgonu ubezpieczonego,

jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.

250. Świadczenie wypłacimy beneficjentowi głównemu albo beneficjentowi dodatkowemu. Sam decydujesz jaką część świadczenia otrzyma każdy z nich.

251. Masz prawo w dowolnym czasie zmienić beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego.

252. Świadczenia nie otrzyma osoba, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.

253. Jeśli w chwili Twojej śmierci, którykolwiek z beneficjentów głównych nie żyje, nie istnieje albo nie przysługuje mu świadczenie, należną jemu część świadczenia rozdzielimy proporcjonalnie między pozostałych beneficjentów głównych. W taki sam sposób postąpimy w przypadku beneficjentów dodatkowych.

254. Jeśli nie wyznaczyłeś beneficjentów głównych ani beneficjentów dodatkowych lub jeśli w chwili Twojej śmierci wszyscy wyznaczeni beneficjenci nie żyją, nie istnieją albo nie przysługuje im świadczenie, to świadczenie wypłacimy Twojej rodzinie. Zastosujemy zasady wypłaty świadczenia w następującej kolejności. Jeśli:

1) jest małżonek – wypłacimy mu całe świadczenie;
2) nie ma małżonka – świadczenie wypłacimy dzieciom w równych częściach;
3) nie ma małżonka i dzieci – świadczenie wypłacimy rodzicom w równych częściach;
4) nie ma małżonka, dzieci, ani rodziców – świadczenie wypłacimy Twoim spadkobiercom w równych częściach.

Kiedy stosujemy karencję

255. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

256. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego zgonu w wyniku choroby nowotworowej, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany odpowiadamy – w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

257. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli choroba nowotworowa, w wyniku której nastąpi Twój zgon, będzie spowodowana tym, że:

    1) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    2) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    3) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    4) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
    5) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    6) choroba nowotworowa została zdiagnozowane przed rozpoczęciem okresu ochrony.

258. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
    4) Twoich zaburzeń psychicznych.

259. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi w wyniku choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana), w okresie 2 lat przed objęciem ochroną. Ograniczenie to stosujemy do następujących chorób: nowotwór złośliwy, łagodny guz mózgu, łagodny guz rdzenia kręgowego, rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0, nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0, nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym, nowotwór in situ oraz ciężka dysplazja przednowotworowa.

260. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

    1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
    2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

261. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej, potrzebujemy:

    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
    3) karty zgonu z podaną chorobą nowotworową jako bezpośrednią lub wyjściową (pierwotną) przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza chorobę nowotworową jako bezpośrednią lub wyjściową (pierwotną) przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
    4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.

262. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

263. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

264. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 18. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

265. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;
3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

266. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.

267. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Ciebie przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

268. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

269. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określimy z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

270. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.

271. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

272. Jeśli w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz kilku uszkodzeń ciała – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszkodzenia ciała objęte ochroną.

273. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

274. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

275. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

276. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

277. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu, będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    10) doznałeś dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięcia jądra miażdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.
278. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

279. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).
280. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
281. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.
282. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
283. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 19. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność powyżej 4% uszczerbku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

284. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku powyżej 4% uszczerbku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
    1) nieszczęśliwy wypadek wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
    2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;
    3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

285. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku powyżej 4% uszczerbku – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.

286. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Cię przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

287. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

288. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określimy z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

289. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.

290. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia, o ile trwały uszczerbek wynosi powyżej 4%, na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

291. Jeśli w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz różnych uszkodzeń narządów – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszczerbki objęte ochroną.

292. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

293. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

294. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

295. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

296. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    10) doznałeś dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięcia jądra miażdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.
297. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku, nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

298. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku powyżej 4% uszczerbku potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu powyżej 4% uszczerbku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).
299. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
300. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.
301. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
302. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 20. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

303. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
    1) wypadek komunikacyjny wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
    2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od wypadku komunikacyjnego;
    3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

304. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.
305. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń:
    1) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego; oraz
    2) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

    jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.
306. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Cię przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.
307. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.
308. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określamy z tytułu jednego wypadku komunikacyjnego nie może być wyższy niż 100%.
309. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.
310. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach, licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
311. Jeśli w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku doznasz różnych uszkodzeń narządów – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszczerbki objęte ochroną.
312. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.
313. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.
314. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.
315. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

316. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku, będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    10) doznałeś dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięcia jądra miażdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.
317. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

318. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).
319. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
320. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.
321. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
322. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 21. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

323. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w pracy, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
    1) wypadek w pracy wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
    2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od wypadku w pracy;
    3) pomiędzy wypadkiem w pracy, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

324. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w pracy – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.
325. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń:
    1) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w pracy; oraz
    2) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

    jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.
326. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Cię przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.
327. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.
328. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określimy z tytułu jednego wypadku w pracy nie może być wyższy niż 100%.
329. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.
330. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
331. Jeśli w wyniku jednego wypadku w pracy doznasz różnych uszkodzeń narządów – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszczerbki objęte ochroną.
332. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.
333. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.
334. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.
335. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

336. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek w pracy, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    10) doznałeś dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięcia jądra miażdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.

337. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek w pracy, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

338. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w pracy potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku w pracy (np. karta wypadku lub protokół powypadkowy, notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

339. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

340. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

341. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

342. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 22. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

343. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie, w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
   1) wypadek komunikacyjny w pracy wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
   2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od wypadku komunikacyjnego w pracy;
   3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym w pracy, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

344. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.

345. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń:
   1) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy; oraz
   2) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w pracy;
   3) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego; oraz
   4) za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

   W przypadku, gdy umowa nie obejmuje ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy, to wysokość świadczenia w tym ubezpieczeniu wskazana w polisie i certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu zdarzeń opisanych w pkt 2) – 4), jeśli wypadek spełnia definicje wszystkich tych zdarzeń.

346. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Cię przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

347. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

348. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określimy z tytułu jednego wypadku komunikacyjnego w pracy nie może być wyższy niż 100%.

349. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.

350. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

351. Jeśli w wyniku jednego wypadku komunikacyjnego w pracy doznasz różnych uszkodzeń narządów – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszczerbki objęte ochroną.

352. Na wysokość świadczenia nie mają wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

353. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

354. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

355. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

356. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny w pracy, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku będzie spowodowany tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
10) doznałeś dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięcia jądra miażdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.

357. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny w pracy, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

358. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego w pracy (np. karta wypadku lub protokół powypadkowy, notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

359. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

360. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia, możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

361. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

362. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 23. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

363. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie urazu, który nie powoduje trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, którego następstwem był uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;

2) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a urazem niepowodującym trwałego uszczerbku na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy;

4) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku musi spełniać warunki określone w następujących definicjach:

   a) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);

   b) **zwichnięcie** – uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien, z wyłączeniem zwichnięć nawykowych;

   c) **skręcenie** – przekroczenie fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, na skutek którego może dochodzić do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;

   d) **rana** – uszkodzenie pełnej grubości skóry, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego poprzez założenie szwów, klamer, plastrów chirurgicznych (Steri – Strip) lub zastosowania kleju tkankowego;

5) uraz nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w minimalnej wysokości wskazanej w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, który określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie lub nie został ujęty w tej Tabeli.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

364. Za uraz spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.

365. Wypłacimy w ciągu roku polisowego maksymalnie cztery świadczenia z tytułu urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku.

366. Na wysokość świadczenia nie mają wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

367. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

368. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.
369. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz urazu niepowodującego trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

370. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego urazu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie urazu niebędącego trwałym uszczerbkiem na zdrowiu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).
371. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
372. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.
373. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
374. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 24. Koszty rehabilitacji ubezpieczonego wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

375. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie kosztów rehabilitacji wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi co najmniej 4%.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

376. Jeśli doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w wysokości co najmniej 4% – wypłacimy świadczenie z tytułu kosztów rehabilitacji wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

377. Wysokość świadczenia z tytułu kosztów rehabilitacji wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:

1) wynosi 25% kwoty należnej Ci z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku; i jednocześnie
2) nie może być wyższa niż kwota świadczenia, którą wskazaliśmy w polisie i w certyfikacie, aktualna na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

378. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

379. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

380. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

381. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku będzie spowodowany tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
10) doznałeś dolegliwości bólowych kręgosłupa lub wypadnięcia jądra miażdżystego, do ujawnienia których doszło w wyniku wysiłku fizycznego lub dźwignięcia.

382. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

383. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twoich kosztów rehabilitacji wskutek trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza trwały uszczerbek na zdrowiu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

384. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

385. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

386. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

387. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 25. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

388. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego wystąpi w ciągu 180 dni od tego zdarzenia;
3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym, a trwałym uszczerbkiem musi istnieć związek przyczynowy;
4) zawał mięśnia sercowego oraz krwotok śródmózgowy muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

389. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.

390. Możemy wypłacić jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku krwotoku śródmózgowego.

391. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Ciebie przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

392. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

393. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określimy z tytułu jednego zdarzenia nie może być wyższy niż 100%.

394. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.

395. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

396. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

397. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

398. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

399. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

400. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

401. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

402. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twój trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

403. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy w wyniku, którego doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że:

    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub

    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub

    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub

7) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

404. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

405. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi w wyniku choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana), w okresie 2 lat przed objęciem ochroną. Ograniczenie to stosujemy do następujących chorób: zawał mięśnia sercowego, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze.

406. Ograniczenia odpowiedzialności określonego w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy wypełniłeś oświadczenie o stanie zdrowia dotyczące chorób układu krwionośnego – zawarte w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub

2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

407. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku oraz zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

408. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

409. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

410. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

411. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 26. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

412. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
    1) zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
    2) trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wystąpi w ciągu 180 dni od tego zdarzenia;
    3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu, a trwałym uszczerbkiem musi istnieć związek przyczynowy;
    4) zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

413. Za każdy procent Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień jego wystąpienia.
414. Możemy wypłacić jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu.
415. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Ciebie przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.
416. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.
417. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określamy z tytułu jednego zdarzenia nie może być wyższy niż 100%.
418. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się Twojego stanu zdrowia.
419. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty zdarzenia, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.
420. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.
421. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.
422. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.
423. Świadczenie wypłacimy Tobie.

ERGO HESTIA

Kiedy stosujemy karencję

424. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

425. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

426. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twój trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zawał serca lub udar mózgu będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

427. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twój zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
7) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

428. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twój zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, w wyniku którego doznasz trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

429. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi w wyniku choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana), w okresie 2 lat przed objęciem ochroną. Ograniczenie to stosujemy do następujących chorób: zawał mięśnia sercowego, krwotok śródmózgowy, udar mózgu, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze.

430. Ograniczenia odpowiedzialności określonego w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy wypełniłeś oświadczenie o stanie zdrowia dotyczące chorób układu krwionośnego – zawarte w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

431. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku oraz zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

432. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

433. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

434. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

435. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 27. Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

436. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku.

437. Za datę zdarzenia uznajemy datę rozpoczęcia okresu całkowitej trwałej niezdolności do pracy.

438. Zdarzenie, które jest przyczyną całkowitej trwałej niezdolności do pracy musi zaistnieć w okresie naszej odpowiedzialności.

439. Zdarzenie, które jest przyczyną całkowitej trwałej niezdolności do pracy uznamy za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

440. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia całkowitej trwałej niezdolności do pracy.

441. Ustalając całkowitą trwałą niezdolność do pracy sprawdzamy, czy:

1) jest następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
2) dotyczy jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub pracy w jakimkolwiek zawodzie nawet po przekwalifikowaniu;
3) trwa co najmniej od 6 miesięcy;
4) ma trwały charakter, czyli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie rokujesz odzyskania zdolności do pracy w przewidywalnej przyszłości;
5) jest udokumentowana zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją.

442. Całkowitą trwałą niezdolność do pracy ustalamy na podstawie zgromadzonej dokumentacji, z uwzględnieniem:

1) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
2) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

443. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

444. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

445. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojej całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

446. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twoją całkowitą trwałą niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie realizujemy świadczeń

447. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja całkowita trwała niezdolność do pracy będzie spowodowana tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

448. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja całkowita trwała niezdolność do pracy nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

449. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojej całkowitej trwałej niezdolności do pracy, jeśli nieszczęśliwy wypadek lub choroba, w wyniku których stałeś się całkowicie i trwale niezdolny do pracy był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

450. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojej całkowitej trwałej niezdolności do pracy potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie całkowitej trwałej niezdolności do pracy (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

451. Możesz przedstawić nam także orzeczenie organu rentowego (organu wydającego decyzje w sprawie świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych) – jeśli zostało wydane.

452. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

453. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

454. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

455. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 28. Całkowita trwała niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

456. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

457. Za datę zdarzenia uznajemy datę rozpoczęcia okresu całkowitej trwałej niezdolności do pracy.

458. Nieszczęśliwy wypadek, który jest przyczyną całkowitej trwałej niezdolności do pracy musi zaistnieć w okresie naszej odpowiedzialności.

459. Zdarzenie, które jest przyczyną całkowitej trwałej niezdolności do pracy uznamy za spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli całkowita trwała niezdolność do pracy rozpoczęła się przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

460. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

461. Ustalając całkowitą trwałą niezdolność do pracy sprawdzamy, czy:

1) jest następstwem nieszczęśliwego wypadku;
2) dotyczy jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub pracy w jakimkolwiek zawodzie nawet po przekwalifikowaniu;
3) trwa co najmniej od 6 miesięcy;
4) ma trwały charakter, czyli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, nie rokujesz odzyskania zdolności do pracy w przewidywalnej przyszłości;
5) jest udokumentowana zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją.

462. Całkowitą trwałą niezdolność do pracy ustalamy na podstawie zgromadzonej dokumentacji, z uwzględnieniem:

1) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
2) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

463. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie realizujemy świadczeń

464. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja całkowita trwała niezdolność do pracy będzie spowodowana tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.
465. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja całkowita trwała niezdolność do pracy nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
    4) Twoich zaburzeń psychicznych.
466. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego stałeś się całkowicie trwale niezdolny do pracy był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

467. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojej całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie całkowitej trwałej niezdolności do pracy (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).
468. Możesz przedstawić nam także orzeczenie organu rentowego (wydającego decyzje w sprawie świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych) – jeśli zostało wydane.
469. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
470. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.
471. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
472. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 29. Trwałe inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

473. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpi trwałe inwalidztwo wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) trwałe inwalidztwo nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;
3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym inwalidztwem musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

474. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, który określiliśmy w Tabeli 4, w zależności od rodzaju trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku; i
2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

Tabela 4. Rodzaje trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Kod zdarzenia	Rodzaje trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1. Trwałe inwalidztwo:		
1.1. Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:		
001	kończyną górną – w stawie barkowym	70%
002	kończyną górną – powyżej stawu łokciowego	65%
003	kończyną górną – poniżej stawu łokciowego	60%
004	kończyną górną – poniżej nadgarstka	55%
005	kończyną dolną – powyżej środkowej części uda	70%
006	kończyną dolną – poniżej środkowej części uda	60%
007	kończyną dolną – poniżej stawu kolanowego	50%
008	kończyną dolną – poniżej środkowej części (podudzia)	45%
009	kończyną dolną – stopą	40%
010	kończyną dolną – stopą z wyłączeniem pięty	30%
1.2. Całkowita fizyczna utrata:		
011	kciuka	15%
012	palca wskazującego	10%
013	innego palca u ręki	5%
014	palucha	5%
015	innego palca u stopy	2%
1.3. Całkowita utrata:		
016	wzroku w obu oczach	100%

Kod zdarzenia	Rodzaje trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
017	wzroku w jednym oku	50%
018	słuchu w obu uszach	60%
019	słuchu w jednym uchu	30%
020	węchu	10%
2. Złamania		
021	kości mózgoczaszki	8%
022	miednicy (bez kości ogonowej)	6%
023	kości udowej	6%
024	kości strzałkowej, piszczelowej	4%
025	kości ramieniowej	6%
026	kości promieniowej, łokciowej, kości nadgarstka	4%
027	kręgosłupa	8%
028	inne złamania kości	1%

475. Jeśli trwałe inwalidztwo jest następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków i dotyczy jednego lub kilku narządów, określonych w Tabeli 4 – wypłacimy świadczenie równe sumie kwot w niej określonych, z zastrzeżeniem dwóch następnych punktów.

476. Suma wypłaconych przez nas świadczeń, określonych w Tabeli 4 – nie może przekroczyć, w odniesieniu do Ciebie, maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

477. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego wcześniej wypłaciliśmy świadczenie, to wypłacimy świadczenie na postawie określonego w Tabeli 4 – procentu maksymalnej kwoty świadczenia, pomniejszone o kwotę świadczenia, które wypłaciliśmy wcześniej.

478. Procent trwałego inwalidztwa określamy bez badania Ciebie przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

479. Procent trwałego inwalidztwa możemy również określić na podstawie badania i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

480. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

481. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego inwalidztwa będzie spowodowany tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) doznałeś uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

482. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doznasz trwałego inwalidztwa nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

483. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Twoje trwałe inwalidztwo, był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

484. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie trwałego inwalidztwa (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

485. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

486. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

487. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

488. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 30. Poważne zachorowanie ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

489. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie poważnego zachorowania, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowania

490. Rodzaje poważnych zachorowań oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie wskazaliśmy w Tabeli 5. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

ERGO HESTIA

Tabela 5. Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Jeśli w tabeli używamy słowa „TAK" oznacza to, że obejmujemy ochroną poważne zachorowanie. Jeśli w tabeli używamy słowa „NIE" oznacza to, że nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania.

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	angioplastyka wieńcowa	TAK	TAK	TAK	20%
2	całkowita utrata mowy	TAK	TAK	TAK	100%
3	całkowita utrata słuchu	TAK	TAK	TAK	100%
4	całkowita utrata wzroku	TAK	TAK	TAK	100%
5	choroba Creutzfeldta-Jakoba	TAK	TAK	TAK	100%
6	choroba Parkinsona	TAK	TAK	TAK	100%
7	łagodny guz mózgu	TAK	TAK	TAK	100%
8	łagodny guz rdzenia kręgowego	TAK	TAK	TAK	100%
9	niedokrwistość aplastyczna	TAK	TAK	TAK	100%
10	niewydolność nerek	TAK	TAK	TAK	100%
11	nowotwór in-situ	TAK	TAK	TAK	10%
12	nowotwór złośliwy	TAK	TAK	TAK	100%
13	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	TAK	TAK	TAK	10%
14	oparzenia	TAK	TAK	TAK	100%
15	operacja aorty brzusznej	TAK	TAK	TAK	100%
16	operacja aorty piersiowej	TAK	TAK	TAK	100%
17	przeszczepienie narządu	TAK	TAK	TAK	100%
18	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	TAK	TAK	TAK	10%
19	stwardnienie rozsiane	TAK	TAK	TAK	100%
20	śpiączka	TAK	TAK	TAK	100%
21	udar mózgu	TAK	TAK	TAK	100%
22	utrata kończyn	TAK	TAK	TAK	100%
23	zaawansowane otępienie (w tym choroba Alzheimera)	TAK	TAK	TAK	100%
24	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	TAK	TAK	TAK	100%
25	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi	TAK	TAK	TAK	100%
26	zapalenie mózgu	TAK	TAK	TAK	100%
27	zawał serca	TAK	TAK	TAK	100%
28	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	TAK	TAK	TAK	100%
29	choroba Crohna	NIE	TAK	TAK	100%
30	kardiomiopatia	NIE	TAK	TAK	100%
31	operacja zastawek serca	NIE	TAK	TAK	100%
32	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)	NIE	TAK	TAK	100%
33	paraliż	NIE	TAK	TAK	100%

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
34	piorunujące zapalenie wątroby	NIE	TAK	TAK	100%
35	bakteryjne zapalenie wsierdzia	NIE	NIE	TAK	50%
36	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	NIE	NIE	TAK	20%
37	całkowita utrata wzroku w jednym oku	NIE	NIE	TAK	20%
38	chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej	NIE	NIE	TAK	100%
39	choroba Heinego-Medina	NIE	NIE	TAK	100%
40	ciężka postać reumatoidalnego zapalenia stawów	NIE	NIE	TAK	100%
41	ciężki uraz głowy	NIE	NIE	TAK	100%
42	ciężki wstrząs anafilaktyczny	NIE	NIE	TAK	10%
43	cukrzyca typu I	NIE	NIE	TAK	100%
44	gruźlica	NIE	NIE	TAK	50%
45	guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek	NIE	NIE	TAK	100%
46	kardiomiopatia takotsubo	NIE	NIE	TAK	20%
47	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	NIE	NIE	TAK	100%
48	miastenia	NIE	NIE	TAK	100%
49	mykobakterioza	NIE	NIE	TAK	20%
50	nabyta niedokrwistość hemolityczna	NIE	NIE	TAK	100%
51	neuroborelioza	NIE	NIE	TAK	100%
52	niedowład (paraliż) jednej kończyny	NIE	NIE	TAK	20%
53	operacja mózgu	NIE	NIE	TAK	100%
54	pierwotne nadciśnienie płucne	NIE	NIE	TAK	100%
55	pierwotne stwardnienie boczne	NIE	NIE	TAK	100%
56	pląsawica Huntingtona	NIE	NIE	TAK	100%
57	posocznica (sepsa)	NIE	NIE	TAK	100%
58	postępująca twardzina układowa	NIE	NIE	TAK	100%
59	postępujące porażenie nadjądrowe	NIE	NIE	TAK	100%
60	postępujące porażenie opuszkowe	NIE	NIE	TAK	100%
61	postępujący zanik mięśni	NIE	NIE	TAK	100%
62	poważne oparzenia I lub II stopnia	NIE	NIE	TAK	20%
63	przeszczep tętnicy płucnej	NIE	NIE	TAK	100%
64	przewlekła niewydolność oddechowa	NIE	NIE	TAK	100%
65	przewlekła niewydolność wątroby	NIE	NIE	TAK	100%
66	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	NIE	NIE	TAK	100%
67	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	NIE	NIE	TAK	100%
68	przewlekłe zapalenie trzustki	NIE	NIE	TAK	100%

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
69	samoistne zwłóknienie płuc	NIE	NIE	TAK	100%
70	splenektomia w następstwie urazu	NIE	NIE	TAK	20%
71	stwardnienie zanikowe boczne	NIE	NIE	TAK	100%
72	tętniak leczony zabiegowo	NIE	NIE	TAK	20%
73	tężec	NIE	NIE	TAK	100%
74	toczniowe zapalenie nerek	NIE	NIE	TAK	100%
75	uraz wielonarządowy	NIE	NIE	TAK	100%
76	usunięcie płuca	NIE	NIE	TAK	100%
77	utrata możliwości samodzielnej egzystencji	NIE	NIE	TAK	100%
78	walwuloplastyka balonowa	NIE	NIE	TAK	20%
79	wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	NIE	NIE	TAK	20%
80	wrzodziejące zapalenie jelita grubego	NIE	NIE	TAK	100%
81	wścieklizna	NIE	NIE	TAK	100%
82	zakażona martwica trzustki	NIE	NIE	TAK	100%
83	zespół apaliczny (stan wegetatywny)	NIE	NIE	TAK	100%
84	zespół Devica	NIE	NIE	TAK	100%
85	zespół krótkiego jelita	NIE	NIE	TAK	100%
86	zespół rzekomoopuszkowy	NIE	NIE	TAK	100%
87	zgorzel gazowa	NIE	NIE	TAK	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

491. Wysokość świadczenia ustalamy:

   1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 5, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania; i

   2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania.

492. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli 5 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

493. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia aktualnej na dzień wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania.

494. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

495. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

ERGO HESTIA

Kiedy stosujemy karencję

496. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

497. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego poważnego zachorowania w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

498. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twoje poważne zachorowanie w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

499. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie będzie spowodowane tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

500. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

501. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień; lub
2) Twojego uczestnictwa w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

502. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

1) w odniesieniu do poważnego zachorowania, wskazanego w Tabeli 5, potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w kierunku danego poważnego zachorowania lub leczenie danego poważnego zachorowania, trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed objęciem ochroną; lub
2) poważne zachorowanie, wskazane w Tabeli 5, pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne, w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

503. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

504. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego poważnego zachorowania potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

505. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

506. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

507. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

508. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 31. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

509. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie poważnego zachorowania na chorobę nowotworową, która zostanie zdiagnozowana w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowania

510. Rodzaje poważnych zachorowań na chorobę nowotworową oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia wskazaliśmy w Tabeli 6. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 6. Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę nowotworową i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę nowotworową	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	łagodny guz mózgu	100%
2	łagodny guz rdzenia kręgowego	100%
3	nowotwór in-situ	10%
4	nowotwór złośliwy	100%
5	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	10%
6	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	10%

ERGO HESTIA

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

511. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z Tabelą 6, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę nowotworową; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

512. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 6 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

513. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na chorobę nowotworową w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

514. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

515. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania na chorobę nowotworową zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

Kiedy stosujemy karencję

516. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

517. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego poważnego zachorowania na chorobę nowotworową w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

518. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie na chorobę nowotworową będzie spowodowane tym, że:

1) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub

2) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

3) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

4) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

5) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

519. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie na chorobę nowotworową zostało zdiagnozowane przed rozpoczęciem okresu ochrony.

520. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

1) w odniesieniu do poważnego zachorowania, wskazanego w Tabeli 6, potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w kierunku danego poważnego zachorowania lub leczenie danego poważnego zachorowania, trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed objęciem ochroną; lub

2) poważne zachorowanie, wskazane w Tabeli 6, pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne, w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

521. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

522. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego poważnego zachorowania na chorobę nowotworową potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na chorobę nowotworową (np. wynik badania histopatologicznego, karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

523. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

524. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

525. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

526. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 32. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór in situ

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

527. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie poważnego zachorowania na nowotwór in situ, który wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności – nowotwór in situ określiliśmy w Tabeli 7.

528. Za datę wystąpienia zdarzenia uznajemy datę pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano nowotwór in situ.

Jak definiujemy poważne zachorowania

529. Kategorie nowotworów in situ opisaliśmy w Tabeli 7. Klasyfikacja medyczna, którą się posługujemy, odnosi się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Tabela 7. Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na nowotwór in situ i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Kategoria nowotworu in situ	Klasyfikacja medyczna	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na nowotwór in situ	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
I	A	D00	rak in situ jamy ustnej przełyku i żołądka	
1	A	D00.0	rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła	100%
2	A	D00.1	rak in situ przełyku	100%

Lp.	Kategoria nowotworu in situ	Klasyfikacja medyczna	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na nowotwór in situ	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
3	A	D00.2	rak in situ żołądka	100%
II	A	D01	rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego	
1	A	D01.0	rak in situ okrężnicy	100%
2	A	D01.1	rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego	100%
3	A	D01.2	rak in situ odbytnicy	100%
4	A	D01.3	rak in situ odbytu i kanału odbytu	100%
5	A	D01.4	rak in situ innych i nieokreślonych części jelita	100%
6	A	D01.5	rak in situ pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	100%
7	A	D01.7	rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego	100%
8	A	D01.9	rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone	100%
III	A	D02	rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	
1	A	D02.0	rak in situ krtani	100%
2	A	D02.1	rak in situ tchawicy	100%
3	A	D02.2	rak in situ oskrzela i płuca	100%
4	A	D02.3	rak in situ innych części układu oddechowego	100%
5	A	D02.4	rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone	100%
IV	A	D03	czerniak in situ	
1	A	D03.0	czerniak in situ wargi	100%
2	A	D03.1	czerniak in situ powieki łącznie z kątem oka	100%
3	A	D03.2	czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	100%
4	A	D03.3	czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy	100%
5	A	D03.4	czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	100%
6	A	D03.5	czerniak in situ tułowia	100%
7	A	D03.6	czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem	100%
8	A	D03.7	czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem	100%
9	A	D03.8	czerniak in situ innych umiejscowień	100%
10	A	D03.9	czerniak in situ nieokreślony	100%
V	A	D04	czerniak in situ skóry	
1	A	D04.0	rak in situ skóry wargi	50%
2	A	D04.1	rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka	50%
3	A	D04.2	rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	50%
4	A	D04.3	rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy	50%
5	A	D04.4	rak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	50%
6	A	D04.5	rak in situ skóry tułowia	50%
7	A	D04.6	rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem	50%
8	A	D04.7	rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem	50%
9	A	D04.8	rak in situ skóry inne umiejscowienie	50%
10	A	D04.9	rak in situ skóry umiejscowienie nieokreślone	50%

Lp.	Kategoria nowotworu in situ	Klasyfikacja medyczna	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na nowotwór in situ	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
VI	B	D05	rak in situ piersi	
1	B	D05.0	rak zrazikowy in situ	100%
2	B	D05.1	rak wewnątrzprzewodowy in situ	100%
3	B	D05.7	inny rak piersi in situ	100%
4	B	D05.9	rak in situ piersi nieokreślony	100%
VII	B	D06	rak in situ szyjki macicy	
1	B	D06.0	rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy	100%
2	B	D06.1	rak in situ błony śluzowej zewnętrznej powierzchni szyjki macicy	100%
3	B	D06.7	rak in situ innej część szyjki macicy	100%
4	B	D06.9	rak in situ szyjki macicy umiejscowienie nieokreślone	100%
VIII	B	D07	rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych	
1	B	D07.0	rak in situ błony śluzowej macicy	100%
2	B	D07.1	rak in situ sromu	100%
3	B	D07.2	rak in situ pochwy	100%
4	B	D07.3	rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich	100%
5	B	D07.4	rak in situ prącia	100%
6	B	D07.5	rak in situ gruczołu krokowego	100%
7	B	D07.6	rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich	100%
IX	C	D09	rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	
1	C	D09.0	rak in situ pęcherza moczowego	100%
2	C	D09.1	rak in situ inne i nieokreślone części układu moczowego	100%
3	C	D09.2	rak in situ oka	100%
4	C	D09.3	rak in situ tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	100%
5	C	D09.7	rak in situ o innym określonym umiejscowieniu	100%
6	C	D09.9	rak in situ umiejscowienie nieokreślone	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

530. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano nowotwór in situ wskazany w Tabeli 7.

531. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań na nowotwór in situ – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano nowotwór in situ, wskazany w Tabeli 7.

532. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania z powodu tej samej choroby – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano zmianę nowotworu in situ, w drugim lub kolejnym poważnym zachorowaniu na nowotwór in situ.

533. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

534. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania na nowotwór in situ, zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

535. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu nowotworu in situ zakres ochrony zostanie ograniczony:

1) o nowotwory in situ Kategorii A lub Kategorii C, jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu nowotworu in situ z Kategorii A (wskazanej w Tabeli 7);
2) o nowotwory in situ z Kategorii B lub Kategorii C, jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu nowotworu in situ z Kategorii B (wskazanej w Tabeli 7);
3) o wszystkie nowotwory in situ, jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu nowotworu in situ z Kategorii C (wskazanej w Tabeli 7).

536. Kategorie nowotworów in situ opisaliśmy w Tabeli 7. Klasyfikacja medyczna, którą się posługujemy, odnosi się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Kiedy stosujemy karencję

537. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

538. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego poważnego zachorowania na nowotwór in situ, to w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany odpowiadamy do kwoty świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

539. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie na nowotwór in situ będzie spowodowane tym, że:

1) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
2) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
5) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

540. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie na nowotwór in situ nie zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie ochrony.

541. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na nowotwór in situ nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

542. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

1) w odniesieniu do poważnego zachorowania na nowotwór in situ, potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w kierunku danego poważnego zachorowania lub leczenie danego poważnego zachorowania, trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed objęciem ochroną; lub
2) poważne zachorowanie na nowotwór in situ pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne, w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

543. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

544. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego poważnego zachorowania na nowotwór in situ potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na nowotwór in situ (np. wynik badania histopatologicznego, karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

545. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

546. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

547. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

548. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 33. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę układu krążenia

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

549. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowania

550. Rodzaje poważnych zachorowań oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie na chorobę układu krążenia wskazaliśmy w Tabeli 8. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 8. Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę układu krążenia i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę układu krążenia	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	angioplastyka wieńcowa	20%
2	chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej	100%
3	kardiomiopatia	100%
4	kardiomiopatia takotsubo	20%

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę układu krążenia	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
5	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	100%
6	operacja aorty brzusznej	100%
7	operacja aorty piersiowej	100%
8	operacja zastawek serca	100%
9	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)	100%
10	przeszczep tętnicy płucnej	100%
11	przeszczepienie serca	100%
12	tętniak leczony zabiegowo	20%
13	udar mózgu	100%
14	walwuloplastyka balonowa	20%
15	zawał serca	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

551. Wysokość świadczenia ustalamy:

    1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z Tabelą 8, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia; i

    2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia.

552. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 8 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia.

553. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia.

554. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

555. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

556. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

557. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie na chorobę układu krążenia będzie spowodowane tym, że:

    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub

    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub

    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub

8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub

9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub

10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

558. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę układu krążenia nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV z wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub

4) Twoich zaburzeń psychicznych.

559. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień; lub

2) Twojego uczestnictwa w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub

3) tego, że byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

4) Twoich zaburzeń psychicznych.

560. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

1) w odniesieniu do poważnego zachorowania, wskazanego w Tabeli 8, potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w kierunku danego poważnego zachorowania lub leczenie danego poważnego zachorowania, trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed objęciem ochroną; lub

2) poważne zachorowanie, wskazane w Tabeli 8, pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne, w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

561. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub

2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

562. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

563. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

564. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

565. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

566. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 34. Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę zakaźną

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

567. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie poważnego zachorowania na chorobę zakaźną, która zostanie zdiagnozowana w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowania

568. Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę zakaźną i procent maksymalnej kwoty świadczenia wskazaliśmy w Tabeli 9. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 9. Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę zakaźną i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań ubezpieczonego na chorobę zakaźną	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, który jest operacyjnie leczony	100%
2	cholera	100%
3	choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)	100%
4	choroba wywołana przez wirus Ebola	100%
5	choroba wywołana przez wirus Marburg	100%
6	dur brzuszny	100%
7	filarioza	100%
8	gorączka denga	100%
9	gorączka krwotoczna Chikungunya	100%
10	gorączka Lassa	100%
11	gorączka Zachodniego Nilu	100%
12	malaria	100%
13	schistosomatoza (bilharcjoza)	100%
14	śpiączka afrykańska	100%
15	żółta gorączka	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

569. Wysokość świadczenia ustalamy:
    1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 9, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę zakaźną; i
    2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.
570. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 9 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.
571. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.
572. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

573. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.
574. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego poważnego zachorowania na chorobę zakaźną w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.
575. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twoje poważne zachorowanie na chorobę zakaźną, powstałe w wyniku infekcji, która była skutkiem ran odniesionych w nieszczęśliwym wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

576. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje poważne zachorowanie na chorobę zakaźną będzie spowodowane tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
    7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.
577. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę zakaźną nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV z wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub

4) Twoich zaburzeń psychicznych.

578. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania na chorobę zakaźną, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień; lub

2) Twojego uczestnictwa w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub

3) tego, że byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

4) Twoich zaburzeń psychicznych.

579. Nie ponosimy odpowiedzialności w okresie 2 lat od objęcia ochroną i nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

1) w odniesieniu do poważnego zachorowania, wskazanego w Tabeli 9, potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w kierunku danego poważnego zachorowania lub leczenie danego poważnego zachorowania, trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed objęciem ochroną; lub

2) poważne zachorowanie, wskazane w Tabeli 9, pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne, w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

580. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub

2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

581. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego poważnego zachorowania na chorobę zakaźną potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na chorobę zakaźną (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

582. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

583. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

584. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

585. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 35. Leczenie szpitalne ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach wypłacamy świadczenia

586. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie leczenia szpitalnego, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności i trwało nieprzerwanie minimum tyle kolejnych dni, ile wskazaliśmy w polisie i w certyfikacie.

587. Ochroną obejmujemy Twoje leczenie szpitalne:

1) w celu leczenia uszkodzeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem w pracy lub wypadkiem komunikacyjnym w pracy; lub
2) w celu leczenia choroby, w tym także pobyt w szpitalu związany z ciążą lub powikłaniami poporodowymi; lub
3) związane z zawałem serca, udarem mózgu lub krwotokiem śródmózgowym; lub
4) związane z chorobą nowotworową.

588. Zakresem naszej odpowiedzialności może być również objęte Twoje leczenie szpitalne w wyniku zdarzeń innych niż wymienione w poprzednim punkcie i na zasadach, które określiliśmy w Tabeli 10.

Tabela 10. Rodzaje leczenia szpitalnego ubezpieczonego i zasady wypłaty świadczeń

Lp.	Rodzaje leczenia szpitalnego ubezpieczonego	Zasady wypłaty świadczenia
1	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
2	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku komunikacyjnego, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
3	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku w pracy, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
4	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
5	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
6	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazaną w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.

Lp.	Rodzaje leczenia szpitalnego ubezpieczonego	Zasady wypłaty świadczenia
7	Leczenie szpitalne ubezpieczonego w wyniku choroby nowotworowej -świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku choroby nowotworowej, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazaną w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
8	Leczenie szpitalne ubezpieczonego niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazaną w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
9	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego na OIOM/OIT, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazaną w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
10	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe	Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni leczenia szpitalnego na OIOM/OIT, w wysokości kwoty świadczenia z tytułu tego leczenia szpitalnego określonego w polisie i certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień Twojego leczenia szpitalnego na OIOM/OIT.
11	Rekonwalescencja ubezpieczonego – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień rekonwalescencji, ale za nie więcej niż 30 kolejno następujących po sobie dni, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, aktualnej na pierwszy dzień Twojej rekonwalescencji.
12	Rekonwalescencja ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe	Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni rekonwalescencji w wysokości kwoty świadczenia z tytułu Twojej rekonwalescencji określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień Twojej rekonwalescencji.
13	Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe	Jeśli bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego będziesz czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym leczeniem szpitalnym, wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie. Uznamy okres czasowej niezdolności do pracy za przerwany, jeśli w jego trakcie ponownie rozpoczniesz leczenie szpitalne. Świadczenie będzie należne, jeśli: 1) z tytułu leczenia szpitalnego, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie oraz 2) czasowa niezdolność do pracy trwa co najmniej 30 dni i rozpocznie się w okresie naszej odpowiedzialności.
14	Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne	Jeśli po zakończeniu leczenia szpitalnego, rozpoczniesz dalsze całodobowe leczenie na szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, w szpitalu rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacyjnym, będące kontynuacją wcześniejszego leczenia (nie później niż w okresie 180 dni od daty zakończenia leczenia szpitalnego), wypłacimy Tobie za każdy dzień takiego leczenia, dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie dwa razy w roku polisowym, łącznie za okres 45 dni.

589. Ochroną obejmujemy leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a leczeniem szpitalnym w wyniku nieszczęśliwego wypadku musi istnieć związek przyczynowy.

590. Zakres ochrony oraz kwotę świadczenia wskazujemy w polisie i w certyfikacie.

591. Pojęcia użyte w Tabeli 10: zawał serca, udar mózgu i krwotok śródmózgowy, choroba nowotworowa (rozumiana jako nowotwór złośliwy lub nowotwór in-situ) przyjmują znaczenie, które określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

592. Minimalną i maksymalną ilość kolejnych dni leczenia szpitalnego oraz wysokość świadczenia wskazujemy w polisie i w certyfikacie.

593. O ile umowa nie stanowi inaczej – świadczenie wypłacimy za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego. Dzień, w którym rozpoczynasz leczenie szpitalne uznajemy za pierwszy pełny dzień tego leczenia szpitalnego – bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

594. Nie wypłacimy świadczenia za dni, w trakcie których przerwałeś leczenie szpitalne na skutek przepustki.

595. Świadczenie wypłacimy za dni leczenia szpitalnego w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu rozpoczęcia Twojego leczenia szpitalnego.

596. Świadczenie wypłacimy po zakończeniu Twojego leczenia szpitalnego.

597. Jeśli w jednym dniu byłeś pacjentem dwóch lub większej liczby szpitali, wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego za ten dzień tylko jeden raz.

598. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

599. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

600. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego leczenia szpitalnego w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

601. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twoje leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

602. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie szpitalne nastąpi w wyniku tego, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś lub próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
8) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
10) doznałeś obrażeń ciała przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności.

603. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie szpitalne nastąpi w wyniku:

1) Twoich zaburzeń psychicznych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych.

604. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli w karcie leczenia szpitalnego, jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, wskazane zostały:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

605. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojego leczenia szpitalnego, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego przebywałeś w szpitalu był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

606. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia za leczenie szpitalne, które ma na celu:

1) operację plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub
2) pozostawanie w szpitalu jako osoba towarzysząca choremu i nieobjęta procedurami medycznymi.

607. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy Twojego pobytu:

1) na oddziale rehabilitacyjnym lub ośrodku rehabilitacyjnym, nie dotyczy świadczenia leczenia ubezpieczonego na oddziale rehabilitacyjnym; lub
2) w domu opieki lub pomocy społecznej; lub
3) w ośrodku dla psychicznie chorych; lub
4) w hospicjum onkologicznym; lub
5) w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych; lub
6) w ośrodku rekonwalescencyjnym; lub
7) w ośrodku sanatoryjnym lub uzdrowiskowym; lub
8) w zakładzie opiekuńczo – leczniczym.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

608. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego leczenia szpitalnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie szpitalne (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

609. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

610. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

611. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

612. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 36. Leczenie szpitalne ubezpieczonego na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach świadczenia wypłacamy

613. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym:
    1) które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności; oraz
    2) które trwało nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

614. O ile umowa nie stanowi inaczej – świadczenie wypłacimy za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym. Dzień, w którym rozpoczynasz leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym uznajemy za pierwszy pełny dzień tego leczenia szpitalnego – bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.
615. Wypłacimy świadczenie z tytułu Twojego leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym raz w roku polisowym, maksymalnie za okres 30 dni.
616. Nie wypłacimy świadczenia za dni, w trakcie których przerwałeś leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym na skutek przepustki.
617. Świadczenie wypłacimy za dni leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu rozpoczęcia Twojego leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym.
618. Świadczenie wypłacimy po zakończeniu Twojego leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym.
619. Jeśli w jednym dniu byłeś pacjentem dwóch lub większej liczby szpitali, wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym za ten dzień tylko jeden raz.
620. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

621. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.
622. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

623. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym będzie spowodowane tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) zostałeś skierowany przez sąd lub prokuraturę na obserwację psychiatryczną; lub
    5) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

6) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

7) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

624. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

625. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym, jeśli w karcie leczenia szpitalnego, jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, została wskazana choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

626. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy Twojego leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym:

1) w ośrodku rehabilitacyjnym lub na oddziale rehabilitacyjnym; lub

2) w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych; lub

3) w ośrodku rekonwalescencyjnym; lub

4) w ośrodku sanatoryjnym lub uzdrowiskowym, lub

5) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

627. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

628. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

629. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

630. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

631. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 37. Koszty leczenia poszpitalnego ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

632. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie po leczeniu szpitalnym w zakresie kosztów leczenia poszpitalnego.

633. Nasza odpowiedzialność obejmuje koszty leczenia poszpitalnego, jeśli objęliśmy Ciebie ochroną w zakresie leczenia szpitalnego i z tego tytułu ustaliliśmy naszą odpowiedzialność.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

634. Wypłacimy jednorazowe świadczenie z tytułu kosztów Twojego leczenia poszpitalnego w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia szpitalnego.

635. W każdym roku polisowym wypłacimy maksymalnie trzy świadczenia z tytułu kosztów Twojego leczenia poszpitalnego.

636. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

637. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

638. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego leczenia poszpitalnego w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

639. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie koszty Twojego leczenia poszpitalnego, jeśli wynika z nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

640. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu kosztów leczenia poszpitalnego ubezpieczonego, jeśli wcześniej nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego ubezpieczonego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

641. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twoich kosztów leczenia poszpitalnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza pobyt w szpitalu (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

642. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

643. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

644. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

645. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 38. Pobyt ubezpieczonego w sanatorium po leczeniu szpitalnym

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

646. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie po leczeniu szpitalnym w razie pobytu w sanatorium:

1) na który zostałeś skierowany w ramach kontynuacji wcześniejszego leczenia, nie później niż w okresie 180 dni od daty zakończenia leczenia szpitalnego; oraz

2) który ma charakter całodobowego leczenia uzdrowiskowego w sanatorium; oraz

3) który trwał nieprzerwanie 14 dni; oraz

4) rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

647. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego pobytu w sanatorium.

648. Wypłacimy świadczenie z tytułu Twojego pobytu w sanatorium maksymalnie raz w roku polisowym.

649. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

650. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

651. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego pobytu w sanatorium w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

652. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie Twój pobyt w sanatorium po leczeniu szpitalnym, który jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

653. Świadczenie z tytułu pobytu w sanatorium nie jest należne, jeśli pobyt w sanatorium nie wynika z leczenia choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku, będących powodem leczenia szpitalnego, po którym nastąpił pobyt w sanatorium.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

654. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego pobytu w sanatorium potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skierowania na leczenie uzdrowiskowe w sanatorium wystawione przez lekarza;

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

655. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

656. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

657. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 39. Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

658. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie leczenia specjalistycznego, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

659. Rodzaje leczenia specjalistycznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia określiliśmy w Tabeli 11.

Tabela 11. Rodzaje leczenia specjalistycznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	ablacja serca	zabieg kardiologiczny mający na celu fizyczne usunięcie ogniska bodźcotwórczego w miejscu jego powstawania w obszarze serca za pomocą prądu o częstotliwości radiowej lub poprzez zastosowanie niskiej temperatury (krioablacja);	50%
2	celowana terapia nowotworowa	metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej (leku celowanego molekularnie), bezpośrednio w zmienione nowotworowo komórki bez naruszenia zdrowej tkanki	100%
3	chemioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC (ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu)	100%
4	dializoterapia	metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową; odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek	100%
5	embolizacja tętniaka tętnic mózgowych	zabieg wewnątrznaczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem metody z zakresu neuroradiologii zabiegowej (embolizacja wewnątrznaczyniowa za pomocą spiral)	100%
6	hormonoterapia	farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej (hormonozależnych nowotworów złośliwych) polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby	50%
7	immunoterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na stymulowaniu układu immunologicznego (odpornościowego) w celu zwalczania komórek nowotworowych	100%
8	leczenie biologiczne	metoda leczenia choroby Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub reumatoidalnego zapalenia stawów polegająca na dożylnym podawaniu leków z grupy blokerów TNF – alfa	100%
9	leczenie immunologiczne	metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C przy zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową	100%
10	leczenie metodą Gamma Knife i Cyber-Knife	leczenie w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyniowych	50%
11	radioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego	100%

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
12	respiratoroterapia	metoda leczenia polegająca na wspomaganiu lub zastępowaniu pracy własnych mięśni oddechowych wymagająca zastosowania wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (respirator) w ramach OIOM/OIT; wskazaniem do wykonania procedury są stany zagrożenia życia; z ochrony wyłączone są przypadki zastosowania respiratora w celu wykonania operacji chirurgicznych oraz leczenia szpitalnego spowodowanego leczeniem chorób zakaźnych, w tym takich, z powodu których ogłoszony został stan zagrożenia epidemiologicznego, stan epidemii lub pandemii	50%
13	stomia	chirurgicznie połączenie utworzone między jelitem grubym (kolostiomia), jelitem cienkim (ileostomia) lub moczowodem (urostomia) a skórą, jeśli ze względu na chorobę lub uraz zostało utrudnione naturalne wydalanie kału lub moczu	100%
14	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa	zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa	50%
15	wszczepienie implantu ślimakowego	operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu	50%
16	wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w związku z występującymi zaburzeniami rytmu pochodzenia komorowego lub epizodami nagłego zatrzymania krążenia	50%
17	wszczepienie pompy baklofenowej	operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego, w celu kontroli dozowania leku, który hamuje objawy spastyczne po uszkodzeniu rdzenia kręgowego	25%
18	wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego, służącego do pobudzania rytmu serca	50%
19	wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu	operacja wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu, które generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby neurologicznej	50%
20	wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego	operacja wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia, będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego	25%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

660. Wysokość świadczenia ustalamy:
    1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia określony w Tabeli 11,w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego; i
    2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia specjalistycznego.
661. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych, wskazanych w Tabeli 11 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia specjalistycznego.
662. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

663. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.
664. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego leczenia specjalistycznego w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.
665. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie Twoje leczenie specjalistyczne, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

666. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie specjalistyczne będzie spowodowane tym, że:
    1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
    4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
    7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
    8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
    10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.
667. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
    4) Twoich zaburzeń psychicznych.

668. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne był następstwem:
   1) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień; lub
   2) Twojego uczestnictwa w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
   3) tego, że byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
   4) Twoich zaburzeń psychicznych.

669. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego.

670. Nasza odpowiedzialność w okresie 2 lat od objęcia ochroną nie obejmuje:
   1) Twojego leczenia specjalistycznego, któremu poddałeś się przed objęciem ochroną;
   2) Twojego leczenia specjalistycznego, które pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

671. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:
   1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
   2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

672. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego leczenia specjalistycznego potrzebujemy:
   1) zgłoszenia roszczenia;
   2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
   3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

673. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

674. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego świadczenia.

675. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 40. Leczenie specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

676. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie leczenia specjalistycznego onkologicznego, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

677. Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia określiliśmy w Tabeli 12.

Tabela 12. Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	celowana terapia nowotworowa	metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej (leku celowanego molekularnie), bezpośrednio w zmienione nowotworowo komórki bez naruszenia zdrowej tkanki	100%
2	chemioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC (ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu)	100%
3	hormonoterapia	farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na podawaniu hormonów (hormonozależnych nowotworów złośliwych), które hamują rozwój choroby	50%
4	immunoterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na stymulowaniu układu immunologicznego (odpornościowego) w celu zwalczania komórek nowotworowych	100%
5	radioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

678. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia określony w Tabeli 12, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia specjalistycznego onkologicznego.

679. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych onkologicznych, wskazanych w Tabeli 12 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne onkologiczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia specjalistycznego onkologicznego.

680. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

681. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

682. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego leczenia specjalistycznego onkologicznego w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

683. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie specjalistyczne onkologiczne będzie spowodowane tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub

3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub

4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub

8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub

9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub

10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

684. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne onkologiczne nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązkow służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, ktore obejmujemy ochroną; lub

4) Twoich zaburzeń psychicznych.

685. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne onkologiczne był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

686. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego.

687. Nasza odpowiedzialność w okresie 2 lat od objęcia ochroną nie obejmuje:

1) Twojego leczenia specjalistycznego onkologicznego, któremu poddałeś się przed objęciem ochroną;

2) Twojego leczenia specjalistycznego onkologicznego, które pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

688. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy, jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub

2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

689. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego leczenia specjalistycznego onkologicznego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne onkologiczne (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

690. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

691. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

692. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 41. Leczenie specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

693. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie leczenia specjalistycznego kardiologicznego, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

694. Rodzaje leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia określiliśmy w Tabeli 13.

Tabela 13. Rodzaje leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego kardiologicznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	ablacja serca	zabieg kardiologiczny mający na celu fizyczne usunięcie ogniska bodźcotwórczego w miejscu jego powstawania w obszarze serca za pomocą prądu o częstotliwości radiowej lub poprzez zastosowanie niskiej temperatury (krioablacja)	100%
2	embolizacja tętniaka tętnic mózgowych	zabieg wewnątrznaczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem metody z zakresu neuroradiologii zabiegowej (embolizacja wewnątrznaczyniowa za pomocą spiral)	100%
3	wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w związku z występującymi zaburzeniami rytmu pochodzenia komorowego lub epizodami nagłego zatrzymania krążenia	100%
4	wszczepienie rozrusznika serca	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

695. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia określony w Tabeli 13, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego kardiologicznego; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia specjalistycznego kardiologicznego.

696. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych kardiologicznych, wskazanych w Tabeli 13 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne kardiologiczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia Twojego leczenia specjalistycznego kardiologicznego.

697. Świadczenie wypłacimy Tobie.

ERGO HESTIA

Kiedy stosujemy karencję

698. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

699. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojego leczenia specjalistycznego kardiologicznego w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

700. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie Twoje leczenie specjalistyczne kardiologiczne, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

701. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoje leczenie specjalistyczne kardiologiczne będzie spowodowane tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

702. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne kardiologiczne nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

703. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego kardiologicznego, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne kardiologiczne był następstwem:

1) prowadzenia przez Ciebie pojazdu bez uprawnień; lub
2) Twojego uczestnictwa w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) Twoich zaburzeń psychicznych.

704. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego kardiologicznego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego kardiologicznego.

705. Nasza odpowiedzialność w okresie 2 lat od objęcia ochroną nie obejmuje:

1) Twojego leczenia specjalistycznego kardiologicznego, któremu poddałeś się przed objęciem ochroną;

2) Twojego leczenia specjalistycznego kardiologicznego, które pozostaje w związku z chorobą zdiagnozowaną, leczoną lub wobec której rozpoczęto potwierdzone dokumentacją medyczną postępowanie diagnostyczne, w okresie 2 lat przed objęciem ochroną.

706. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy przeszedłeś ocenę ryzyka na podstawie oświadczeń o stanie zdrowia – zawartych w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub

2) wykonałeś badania medyczne na nasz koszt.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

707. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego leczenia specjalistycznego kardiologicznego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne kardiologiczne (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

708. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

709. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

710. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 42. Czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

711. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie czasowej niezdolności do pracy.

Jak definiujemy czasową niezdolność do pracy

712. Naszą odpowiedzialnością obejmujemy Twoją czasową niezdolność do pracy, która rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności i trwała nieprzerwanie dłużej niż 30 dni oraz jest udokumentowana zwolnieniem lekarskim.

713. Ochroną obejmujemy czasową niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli rozpocznie się przed upływem 30 dni od daty wypadku. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a czasową niezdolnością do pracy musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

714. Za dzień Twojej czasowej niezdolności do pracy wypłacimy świadczenie, w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu rozpoczęcia Twojej czasowej niezdolności do pracy.

715. Świadczenie z tytułu Twojej czasowej niezdolności do pracy wypłacimy za okres od 31 dnia tej niezdolności, pod warunkiem, że czasowa niezdolność do pracy rozpocznie się w czasie ochrony.

716. Świadczenie z tytułu Twojej czasowej niezdolności do pracy wypłacimy maksymalnie za 150 dni czasowej niezdolności do pracy w każdym roku polisowym.

717. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

718. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

719. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twojej czasowej niezdolności do pracy w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

720. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twoją czasową niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

721. Naszą odpowiedzialnością nie jest objęta Twoja czasowa niezdolność do pracy, która będzie spowodowana tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
7) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
8) doznałeś obrażeń ciała lub chorowałeś przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności; lub
9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

722. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojej czasowej niezdolności do pracy, jeśli w zaświadczeniu lekarskim jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, wskazane zostały:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

723. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli Twoja czasowa niezdolność do pracy nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) Twoich zaburzeń psychicznych.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

724. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojej czasowej niezdolności do pracy potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza czasową niezdolność do pracy (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

725. Możesz przedstawić także orzeczenie organu rentowego (organu wydającego decyzje w sprawie świadczeń z systemu ubezpieczeń społecznych) – jeśli zostało wydane.

726. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

727. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

728. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

729. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 43. Operacja chirurgiczna ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

730. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie operacji chirurgicznej, która wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności, w wariancie wybranym przez ubezpieczającego (Tabela 14 albo Tabela 15).

731. Nasza odpowiedzialność obejmuje operacje chirurgiczne, które określiliśmy w Załączniku 3 i 4 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

732. W przypadku operacji chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, ochroną obejmujemy wyłącznie operacje chirurgiczne, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) operacja chirurgiczna nastąpi w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

2) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a operacją chirurgiczną musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

733. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z określoną w umowie Tabelą 14 albo 15;

2) w zależności od grupy operacji chirurgicznej i maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej.

Tabela 14. Grupy operacji chirurgicznej oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna ubezpieczonego – 3 grupy

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	60%
Grupa 3	20%

Tabela 15. Grupy operacji chirurgicznej oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna ubezpieczonego – 5 grup

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	75%
Grupa 3	50%
Grupa 4	25%
Grupa 5	10%

734. Jeśli podczas jednego zabiegu zostaniesz poddany kilku operacjom chirurgicznym, które dotyczą tego samego narządu lub układu – to wypłacimy świadczenie tylko za tę operację chirurgiczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie.

735. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku – wypłacimy sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną, jednak nie więcej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

736. Suma świadczeń, którą możemy Ci wypłacić za dany rok polisowy nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

737. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

738. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

739. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu Twoich operacji chirurgicznych w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

740. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za Twoje operacje chirurgiczne, jeśli będą następstwem nieszczęśliwego wypadku.

Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną

741. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznych, które są:

1) kolejną operacją chirurgiczną lub kolejnym etapem leczenia tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłaciliśmy świadczenie; tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy po 30 dniach od wykonania wcześniejszej operacji chirurgicznej lub zakończenia wcześniejszego etapu leczenia; lub
2) kolejną operacją chirurgiczną wykonywaną w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, która ma związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

742. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznych, które mają na celu:

1) leczenie wady wrodzonej lub jej następstw; lub
2) leczenie lub zabiegi dentystyczne (w tym wszczepienie implantu), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym doznasz także uszkodzeń innych narządów lub części ciała; lub
3) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała; lub
4) chirurgię plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub
5) laserową korektę wady wzroku; lub
6) korektę płci; lub
7) antykoncepcję; lub
8) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej; lub
9) przeprowadzenie jednego z następujących zabiegów ginekologicznych:
   a) wyłyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy,
   b) założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy,
   c) usunięcie polipa z szyjki macicy,
   d) nacięcie gruczołu Bartholina,
   e) cesarskie cięcie,
   f) nacięcie i szycie krocza przy porodzie.

743. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacja:

1) została zlecona przez lekarza przed rozpoczęciem ochrony; lub
2) w okresie 2 lat od objęcia ochroną nastąpi w wyniku choroby zdiagnozowanej lub leczonej (o ile wcześniej została zdiagnozowana), w okresie 2 lat przed rozpoczęciem ochrony, dla której to choroby dana operacja jest powszechnie przyjętą metodą leczenia.

744. Ograniczenia odpowiedzialności, które określiliśmy w poprzednim punkcie nie stosujemy jeśli:

1) przy przystępowaniu do umowy wypełniłeś oświadczenie o stanie zdrowia – zawarte w deklaracji zgody lub kwestionariuszu oceny ryzyka; lub
2) zostały wykonane badania medyczne na nasz koszt.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

745. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne będą spowodowane tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznałeś uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich: lub
10) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

746. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne wystąpią na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych;
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

747. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zostałeś poddany operacji chirurgicznej, był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

748. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, jeśli w karcie leczenia szpitalnego jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, wskazane zostały:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

749. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojej operacji chirurgicznej potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza przeprowadzenie operacji chirurgicznej (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

750. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

751. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

752. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

753. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 44. Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

754. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności, w wariancie wybranym przez ubezpieczającego (Tabela 16 albo Tabela 17) oraz jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku wydarzy się w czasie ochrony;

2) operacja chirurgiczna nastąpi w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a operacją chirurgiczną musi istnieć związek przyczynowy.

755. Nasza odpowiedzialność dotyczy operacji chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które wymieniliśmy w Załączniku 3 i 4 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

756. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z określoną w umowie Tabelą 16 albo 17;

2) w zależności od grupy operacji chirurgicznej i maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej.

Tabela 16. Grupy operacji chirurgicznych oraz procent sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3 grupy

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	60%
Grupa 3	20%

Tabela 17. Grupy operacji chirurgicznych oraz procent sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5 grup

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	75%
Grupa 3	50%
Grupa 4	25%
Grupa 5	10%

757. Jeśli podczas jednego zabiegu zostaniesz poddany kilku operacjom chirurgicznym, które dotyczą tego samego narządu lub układu, to wypłacimy świadczenie tylko za tę operację chirurgiczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie.

758. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku – wypłacimy sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną, jednak nie więcej niż 100% kwoty świadczenia.

759. Suma świadczeń, którą możemy Tobie wypłacić za dany rok polisowy nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia.

760. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną

761. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej, która jest:

1) kolejną operacją chirurgiczną lub kolejnym etapem leczenia tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłaciliśmy świadczenie; tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy po 30 dniach od wykonania wcześniejszej operacji chirurgicznej lub zakończenia wcześniejszego etapu leczenia; lub
2) kolejną operacją chirurgiczną wykonywaną w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, która ma związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

762. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej, która ma na celu:

1) leczenie lub zabiegi dentystyczne (w tym wszczepienie implantu) – chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym doznasz także uszkodzeń innych narządów lub części ciała; lub
2) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała; lub
3) chirurgię plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub
4) laserową korektę wady wzroku; lub
5) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej.

763. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia, jeśli lekarz zlecił operację przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

764. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne będą spowodowane tym, że:

1) brałeś czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowałeś popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziłeś własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na Twoją prośbę; lub
4) popełniłeś albo próbowałeś popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działałeś w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) nie stosowałeś się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
7) prowadziłeś pojazd bez uprawnień; lub
8) brałeś udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywałeś się do nich; lub
9) byłeś członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

765. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne wystąpią na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

766. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego zostałeś poddany operacji chirurgicznej był następstwem Twoich zaburzeń psychicznych.

767. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych, jeśli w karcie leczenia szpitalnego jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, wskazane zostały:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

768. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojej operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza przeprowadzenie operacji chirurgicznej (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, protokół operacyjny);
3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

769. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

770. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

771. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

772. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 45. Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

773. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie powikłania pooperacyjnego, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności:

1) po Twojej operacji chirurgicznej; lub
2) po Twojej operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

774. Rodzaje operacji i powikłań pooperacyjnych w ubezpieczeniu powikłania pooperacyjne ubezpieczonego określiliśmy w Załączniku 5 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

775. Wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu wystąpienia Twojego powikłania pooperacyjnego.

776. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za powikłanie pooperacyjne związane z daną operacją chirurgiczną.

777. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

778. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojego powikłania pooperacyjnego, jeśli nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojej operacji chirurgicznej lub operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

779. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego powikłania pooperacyjnego potrzebujemy:

    1) zgłoszenia roszczenia;

    2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie powikłania pooperacyjnego.

780. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

781. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

782. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

783. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 46. Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

784. Ochroną obejmujemy Twoje zdrowie w razie powikłania pooperacyjnego, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności po Twojej operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

785. Rodzaje operacji i powikłań pooperacyjnych w ubezpieczeniu powikłania pooperacyjne ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku określiliśmy w Załączniku 5 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

786. Wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu wystąpienia Twojego powikłania pooperacyjnego.

787. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za powikłanie pooperacyjne związane z daną operacją chirurgiczną w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

788. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

789. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojego powikłania pooperacyjnego, jeśli nie wypłacimy Tobie świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

790. Do wypłaty świadczenia w przypadku Twojego powikłania pooperacyjnego potrzebujemy:

    1) zgłoszenia roszczenia;

    2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie powikłania pooperacyjnego.

791. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

792. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, abyś na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

793. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

794. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 47. Zgon małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

795. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu na wypadek zgonu Twojego małżonka albo partnera w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

796. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu małżonka albo partnera.

797. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

798. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

799. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu małżonka albo partnera, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

800. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za zgon małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

801. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

    2) czynnego udziału małżonka albo partnera w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu małżonka albo partnera.

802. Nie obejmujemy ochroną zdarzenia w razie zgonu małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek zdarzenia w razie zgonu partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

803. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu zgonu małżonka albo partnera;

3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione.

804. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

805. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

806. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 48. Zgon małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

807. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu na wypadek zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;

2) małżonek albo partner umrze w ciągu 180 dni od tego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

808. Wypłacimy świadczenie w wysokości kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

809. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz

2) z tytułu zgonu małżonka albo partnera,

jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.

810. Świadczenie wypłacimy Tobie.

ERGO HESTIA

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

811. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego nastąpi zgon Twojego małżonka albo partnera wystąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) czynnego udziału małżonka albo partnera w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu małżonka albo partnera.
812. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:
    1) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
    2) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    3) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
    4) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
    5) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    6) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.
813. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi na skutek:
    1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    2) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.
814. Nie obejmujemy ochroną zgonu małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek zgonu partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

815. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) skróconego odpisu aktu zgonu małżonka albo partnera;
    3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
    4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji).
816. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
817. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.
818. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 49. Zgon małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

819. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu na wypadek zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
   1) wypadek komunikacyjny wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
   2) małżonek albo partner umrze w ciągu 180 dni od tego wypadku;
   3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

820. Wypłacimy świadczenie w wysokości kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

821. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:
   1) zgonu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego;
   2) zgonu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz
   3) zgonu małżonka albo partnera,

   jeśli spełnione zostały definicje wszystkich tych zdarzeń.

822. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

823. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny w wyniku którego nastąpi zgon Twojego małżonka albo partnera wystąpi na skutek:
   1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
   2) czynnego udziału małżonka albo partnera w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
   3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez małżonka albo partnera przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
   4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu małżonka albo partnera.

824. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:
   1) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
   2) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
   3) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
   4) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
   5) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
   6) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem komunikacyjnym.

825. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego nastąpi na skutek:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

826. Nie obejmujemy ochroną zgonu małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek zgonu partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

827. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu małżonka albo partnera;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji).

828. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

829. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

830. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 50. Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

831. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu na wypadek zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) małżonek albo partner umrze w ciągu 180 dni od zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego;
3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy;
4) zawał mięśnia sercowego oraz krwotok śródmózgowy muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie, lub będą potwierdzone w badaniu sekcyjnym.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

832. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego.

833. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego; oraz
2) zgonu małżonka albo partnera,

jeśli zostały spełnione definicje obu tych zdarzeń.

834. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

835. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

836. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

837. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za taki zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – jeśli zawał serca lub krwotok śródmózgowy będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

838. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

839. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy w wyniku którego nastąpi zgon Twojego małżonka albo partnera, będzie spowodowany tym, że małżonek lub partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
7) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

840. Nie obejmujemy ochroną zgonu małżonka w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek zgonu partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

841. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu małżonka albo partnera;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.

842. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

843. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

844. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 51. Zgon małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

845. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu na wypadek zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) małżonek albo partner umrze w ciągu 180 dni od zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu, a zgonem Twojego małżonka albo partnera musi istnieć związek przyczynowy;
4) zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie lub będą potwierdzone w badaniu sekcyjnym.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

846. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień śmierci Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

847. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
2) oraz zgonu małżonka albo partnera,

jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.

848. Świadczenie wypłacimy Tobie.

ERGO HESTIA

Kiedy stosujemy karencję

849. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

850. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

851. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za taki zgon Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zawał serca lub udar mózgu będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

852. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zdarzenie nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

853. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, w wyniku którego nastąpi zgon Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
7) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

854. Nie obejmujemy ochroną zgonu małżonka w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek zgonu partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

855. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu małżonka albo partnera;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.

856. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

857. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

858. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 52. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

859. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:
   1) nieszczęśliwy wypadek wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
   2) trwały uszczerbek na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;
   3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

860. Za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

861. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania małżonka albo partnera przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

862. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania małżonka albo partnera i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

863. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

864. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Twojego małżonka albo partnera.

865. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

866. Jeśli w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku małżonek albo partner dozna kilku uszkodzeń ciała – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszkodzenia ciała objęte ochroną.

867. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

868. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

869. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

870. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

871. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpi na skutek:
    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
    3) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.
872. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:
    1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
    2) próbował popełnić samobójstwo; lub
    3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
    4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
    5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
    6) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
    7) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
    8) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
    9) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
    10) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.
873. Nie obejmujemy ochroną trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

874. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:
    1) zgłoszenia roszczenia;
    2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
    3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
    4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
    5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).
875. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.
876. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby na nasz koszt małżonek albo partner poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.
877. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

878. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 53. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

879. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek komunikacyjny wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera nastąpi przed upływem 180 dni od wypadku komunikacyjnego;
3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

880. Za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

881. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń:

1) za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego; oraz
2) za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

jeśli spełnione zostały definicje obu tych zdarzeń.

882. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania małżonka albo partnera przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

883. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania małżonka albo partnera i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

884. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższy niż 100%.

885. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Twojego małżonka albo partnera.

886. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

887. Jeśli w wyniku jednego wypadku komunikacyjnego małżonek albo partner dozna kilku uszkodzeń ciała – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszkodzenia ciała objęte ochroną.

888. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

889. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem, stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

890. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

891. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

892. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

893. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
7) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
8) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

894. Nie obejmujemy ochroną trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

895. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

896. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

897. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby na nasz koszt małżonek albo partner poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

898. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

899. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 54. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

900. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, którego następstwem był uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;

2) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a urazem niepowodującym trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera musi istnieć związek przyczynowy;

4) uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku musi spełniać warunki określone w następujących definicjach:

   a) **złamanie** – przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej; w rozumieniu Warunków ERGO Życie w Biznesie złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);

   b) **zwichnięcie** – uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien, z wyłączeniem zwichnięć nawykowych;

   c) **skręcenie** – przekroczenie fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, na skutek którego może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;

   d) **rana** – uszkodzenie pełnej grubości skóry, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego poprzez założenie szwów, klamer, plastrów chirurgicznych (Steri – Strip) lub zastosowania kleju tkankowego;

5) uraz nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w minimalnej wysokości wskazanej w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, określonej w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie lub nie został ujęty w tej Tabeli.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

901. Wypłacimy świadczenie za uraz spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który nie spowodował trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera, w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera.

902. Wypłacimy w ciągu roku polisowego maksymalnie cztery świadczenia z tytułu urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku.

903. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

904. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

905. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpi na skutek:

    1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

    2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

    3) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

906. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:

    1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

    2) próbował popełnić samobójstwo; lub

    3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub

    4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

    5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

    6) prowadził pojazd bez uprawnień; lub

    7) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub

    8) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

    9) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

907. Nie obejmujemy ochroną urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

908. Do wypłaty świadczenia w przypadku urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

    1) zgłoszenia roszczenia;

    2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;

    3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

909. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

910. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby Twój małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

911. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

912. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 55. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

913. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;

2) trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego wystąpi w ciągu 180 dni od tego zdarzenia;

3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub krwotokiem śródmózgowym, a trwałym uszczerbkiem musi istnieć związek przyczynowy;

4) zawał mięśnia sercowego oraz krwotok śródmózgowy muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

914. Za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego Twojego małżonka albo partnera – wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego Twojego małżonka albo partnera.

915. Możemy wypłacić Tobie jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku krwotoku śródmózgowego.

916. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Twojego małżonka albo partnera przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

917. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania małżonka albo partnera i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

918. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia nie może być wyższy niż 100%.

919. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Twojego małżonka albo partnera.

920. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

921. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

922. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

923. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie

924. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

925. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

926. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

927. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za trwały uszczerbek na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

928. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy w wyniku, którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
7) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

929. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub krwotok śródmózgowy Twojego małżonka albo partnera, w wyniku którego dozna trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

930. Nie obejmujemy ochroną trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

931. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

932. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

933. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

934. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

935. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 56. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

936. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wystąpi w ciągu 180 dni od tego zdarzenia;
3) pomiędzy zawałem mięśnia sercowego lub udarem mózgu, a trwałym uszczerbkiem musi istnieć związek przyczynowy;
4) zawał mięśnia sercowego oraz udar mózgu muszą spełniać warunki, które określiliśmy w definicjach tych pojęć w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

937. Za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Twojego małżonka albo partnera – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu Twojego małżonka albo partnera.

938. Możemy wypłacić jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego oraz jedno świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku udaru mózgu.

939. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania małżonka albo partnera przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

940. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania małżonka albo partnera i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

941. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określony z tytułu jednego zdarzenia nie może być wyższy niż 100%.

942. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia małżonka albo partnera.

943. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

944. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

945. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

946. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

947. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

948. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

949. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

950. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za trwały uszczerbek na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

951. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu Twojego małżonka albo partnera, w wyniku którego dozna trwałego uszczerbku nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

952. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
7) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

953. Nie obejmujemy ochroną trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

954. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

955. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

956. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

957. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

958. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 57. Trwałe inwalidztwo małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

959. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego inwalidztwa Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;
2) trwałe inwalidztwo nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;
3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym inwalidztwem musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

960. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 18, w zależności od rodzaju trwałego inwalidztwa; i
2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Tabela 18. Rodzaje trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Kod zdarzenia	Rodzaje trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1. Trwałe inwalidztwo:		
1.1. Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:		
001	kończyną górną – w stawie barkowym	70%
002	kończyną górną – powyżej stawu łokciowego	65%
003	kończyną górną – poniżej stawu łokciowego	60%
004	kończyną górną – poniżej nadgarstka	55%
005	kończyną dolną – powyżej środkowej części uda	70%
006	kończyną dolną – poniżej środkowej części uda	60%
007	kończyną dolną – poniżej stawu kolanowego	50%
008	kończyną dolną – poniżej środkowej części (podudzia)	45%
009	kończyną dolną – stopą	40%
010	kończyną dolną – stopą z wyłączeniem pięty	30%
1.2. Całkowita fizyczna utrata:		
011	kciuka	15%
012	palca wskazującego	10%
013	innego palca u ręki	5%
014	palucha	5%
015	innego palca u stopy	2%
1.3. Całkowita utrata:		
016	wzroku w obu oczach	100%

Kod zdarzenia	Rodzaje trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
017	wzroku w jednym oku	50%
018	słuchu w obu uszach	60%
019	słuchu w jednym uchu	30%
020	węchu	10%
2. Złamania:		
021	kości mózgoczaszki	8%
022	miednicy (bez kości ogonowej)	6%
023	kości udowej	6%
024	kości strzałkowej, piszczelowej	4%
025	kości ramieniowej	6%
026	kości promieniowej, łokciowej, kości nadgarstka	4%
027	kręgosłupa	8%
028	inne złamania kości	1%

961. Jeśli trwałe inwalidztwo Twojego małżonka albo partnera jest następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków i dotyczy jednego lub kilku narządów określonych w Tabeli 18 – wypłacimy świadczenie równe sumie kwot w niej określonych, z zastrzeżeniem dwóch następnych punktów.

962. Suma wypłaconych przez nas świadczeń określonych w Tabeli 18 nie może przekroczyć maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

963. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego wcześniej wypłaciliśmy świadczenie – to wypłacimy świadczenie na podstawie określonego w Tabeli 18 procentu maksymalnej kwoty świadczenia, pomniejszone o kwotę świadczenia, które wypłaciliśmy wcześniej.

964. Procent trwałego inwalidztwa określamy bez badania Twojego małżonka albo partnera przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

965. Procent trwałego inwalidztwa możemy również określić na podstawie badania małżonka albo partnera i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

966. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

967. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli trwałe inwalidztwo Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie; lub
3) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera; lub
4) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV.

968. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego Twój małżonek albo partner dozna trwałego inwalidztwa wystąpi na skutek tego, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) prowadził pojazd bez uprawnień; lub

7) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub

8) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

9) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

969. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpiło trwałe inwalidztwo Twojego małżonka albo partnera był następstwem zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

970. Nie obejmujemy ochroną trwałego inwalidztwa na zdrowiu Twojego małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek trwałego inwalidztwa na zdrowiu Twojego partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

971. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego inwalidztwa Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;

3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

972. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

973. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

974. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

975. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 58. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

976. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności.

ERGO HESTIA

Jak definiujemy poważne zachorowania

977. Rodzaje poważnych zachorowań oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie małżonka albo partnera opisaliśmy w Tabeli 19. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 19. Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Jeśli w tabeli używamy słowa „TAK" oznacza to, że obejmujemy ochroną poważne zachorowanie. Jeśli w tabeli używamy słowa „NIE" oznacza to, że nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania.

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	angioplastyka wieńcowa	TAK	TAK	TAK	20%
2	całkowita utrata mowy	TAK	TAK	TAK	100%
3	całkowita utrata słuchu	TAK	TAK	TAK	100%
4	całkowita utrata wzroku	TAK	TAK	TAK	100%
5	choroba Creutzfeldta-Jakoba	TAK	TAK	TAK	100%
6	choroba Parkinsona	TAK	TAK	TAK	100%
7	łagodny guz mózgu	TAK	TAK	TAK	100%
8	łagodny guz rdzenia kręgowego	TAK	TAK	TAK	100%
9	niedokrwistość aplastyczna	TAK	TAK	TAK	100%
10	niewydolność nerek	TAK	TAK	TAK	100%
11	nowotwór in-situ	TAK	TAK	TAK	10%
12	nowotwór złośliwy	TAK	TAK	TAK	100%
13	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	TAK	TAK	TAK	10%
14	oparzenia	TAK	TAK	TAK	100%
15	operacja aorty brzusznej	TAK	TAK	TAK	100%
16	operacja aorty piersiowej	TAK	TAK	TAK	100%
17	przeszczepienie narządu	TAK	TAK	TAK	100%
18	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	TAK	TAK	TAK	10%
19	stwardnienie rozsiane	TAK	TAK	TAK	100%
20	śpiączka	TAK	TAK	TAK	100%
21	udar mózgu	TAK	TAK	TAK	100%
22	utrata kończyn	TAK	TAK	TAK	100%
23	zaawansowane otępienie (w tym choroba Alzheimera)	TAK	TAK	TAK	100%
24	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	TAK	TAK	TAK	100%
25	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi	TAK	TAK	TAK	100%
26	zapalenie mózgu	TAK	TAK	TAK	100%
27	zawał serca	TAK	TAK	TAK	100%
28	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	TAK	TAK	TAK	100%

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
29	choroba Crohna	NIE	TAK	TAK	100%
30	kardiomiopatia	NIE	TAK	TAK	100%
31	operacja zastawek serca	NIE	TAK	TAK	100%
32	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)	NIE	TAK	TAK	100%
33	paraliż	NIE	TAK	TAK	100%
34	piorunujące zapalenie wątroby	NIE	TAK	TAK	100%
35	bakteryjne zapalenie wsierdzia	NIE	NIE	TAK	50%
36	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	NIE	NIE	TAK	20%
37	całkowita utrata wzroku w jednym oku	NIE	NIE	TAK	20%
38	chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej	NIE	NIE	TAK	100%
39	choroba Heinego-Medina	NIE	NIE	TAK	100%
40	ciężka postać reumatoidalnego zapalenia stawów	NIE	NIE	TAK	100%
41	ciężki uraz głowy	NIE	NIE	TAK	100%
42	ciężki wstrząs anafilaktyczny	NIE	NIE	TAK	10%
43	cukrzyca typu I	NIE	NIE	TAK	100%
44	gruźlica	NIE	NIE	TAK	50%
45	guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek	NIE	NIE	TAK	100%
46	kardiomiopatia takotsubo	NIE	NIE	TAK	20%
47	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	NIE	NIE	TAK	100%
48	miastenia	NIE	NIE	TAK	100%
49	mykobakterioza	NIE	NIE	TAK	20%
50	nabyta niedokrwistość hemolityczna	NIE	NIE	TAK	100%
51	neuroborelioza	NIE	NIE	TAK	100%
52	niedowład (paraliż) jednej kończyny	NIE	NIE	TAK	20%
53	operacja mózgu	NIE	NIE	TAK	100%
54	pierwotne nadciśnienie płucne	NIE	NIE	TAK	100%
55	pierwotne stwardnienie boczne	NIE	NIE	TAK	100%
56	pląsawica Huntingtona	NIE	NIE	TAK	100%
57	posocznica (sepsa)	NIE	NIE	TAK	100%
58	postępująca twardzina układowa	NIE	NIE	TAK	100%
59	postępujące porażenie nadjądrowe	NIE	NIE	TAK	100%
60	postępujące porażenie opuszkowe	NIE	NIE	TAK	100%
61	postępujący zanik mięśni	NIE	NIE	TAK	100%
62	poważne oparzenia I lub II stopnia	NIE	NIE	TAK	20%
63	przeszczep tętnicy płucnej	NIE	NIE	TAK	100%
64	przewlekła niewydolność oddechowa	NIE	NIE	TAK	100%
65	przewlekła niewydolność wątroby	NIE	NIE	TAK	100%

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera	Wariant podstawowy	Wariant rozszerzony	Wariant maksymalny	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
66	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	NIE	NIE	TAK	100%
67	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	NIE	NIE	TAK	100%
68	przewlekłe zapalenie trzustki	NIE	NIE	TAK	100%
69	samoistne zwłóknienie płuc	NIE	NIE	TAK	100%
70	splenektomia w następstwie urazu	NIE	NIE	TAK	20%
71	stwardnienie zanikowe boczne	NIE	NIE	TAK	100%
72	tętniak leczony zabiegowo	NIE	NIE	TAK	20%
73	tężec	NIE	NIE	TAK	100%
74	toczniowe zapalenie nerek	NIE	NIE	TAK	100%
75	uraz wielonarządowy	NIE	NIE	TAK	100%
76	usunięcie płuca	NIE	NIE	TAK	100%
77	utrata możliwości samodzielnej egzystencji	NIE	NIE	TAK	100%
78	walwuloplastyka balonowa	NIE	NIE	TAK	20%
79	wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	NIE	NIE	TAK	20%
80	wrzodziejące zapalenie jelita grubego	NIE	NIE	TAK	100%
81	wścieklizna	NIE	NIE	TAK	100%
82	zakażona martwica trzustki	NIE	NIE	TAK	100%
83	zespół apaliczny (stan wegetatywny)	NIE	NIE	TAK	100%
84	zespół Devica	NIE	NIE	TAK	100%
85	zespół krótkiego jelita	NIE	NIE	TAK	100%
86	zespół rzekomoopuszkowy	NIE	NIE	TAK	100%
87	zgorzel gazowa	NIE	NIE	TAK	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

978. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 19, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania.

979. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli 19 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

980. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia aktualnej na dzień wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania.

981. Świadczenie wypłacimy Tobie.

ERGO HESTIA

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

982. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

Kiedy stosujemy karencję

983. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

984. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

985. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera, które powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

986. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną.

987. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
11) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

988. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

989. Nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek poważnego zachorowania Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

990. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

991. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

992. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

993. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

994. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 59. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

995. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera na chorobę nowotworową, która zostanie zdiagnozowana w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowania

996. Rodzaje poważnych zachorowań na chorobę nowotworową oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową opisaliśmy w Tabeli 20. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 20. Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę nowotworową i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę nowotworową	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	łagodny guz mózgu	100%
2	łagodny guz rdzenia kręgowego	100%
3	nowotwór in-situ	10%
4	nowotwór złośliwy	100%

5	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	10%
6	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	10%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

997. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z Tabelą 20, zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę nowotworową; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

998. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 20 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

999. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na chorobę nowotworową w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

1000. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

1001. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

Kiedy stosujemy karencję

1002. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencje, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1003. Jeśli podwyższymy maksymalną kwotę świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania na chorobę nowotworową Twojego małżonka albo partnera, to w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1004. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę nowotworową Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub

2) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

3) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

4) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

5) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

1005. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę nowotworową Twojego małżonka albo partnera nie zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie ochrony.

1006. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę nowotworową Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub

4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1007. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania na chorobę nowotworową Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez Twojego małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub

2) uczestnictwa Twojego małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub

3) tego, że Twój małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1008. Nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania na chorobę nowotworową Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek poważnego zachorowania na chorobę nowotworową Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1009. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania na chorobę nowotworową Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;

3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza zdiagnozowanie poważnego zachorowania na chorobę nowotworową małżonka albo partnera (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1010. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1011. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1012. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1013. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 60. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór in situ

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1014. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera, na nowotwór in situ, który wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności – nowotwór in situ określiliśmy w Tabeli 21.

1015. Za datę wystąpienia zdarzenia uznajemy datę pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano nowotwór in situ wskazany poniżej w Tabeli 21.

Jak definiujemy poważne zachorowanie

1016. Kategorie nowotworów in situ opisaliśmy w Tabeli 21. Klasyfikacja medyczna, którą się posługujemy odnosi się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Tabela 21. Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na nowotwór in situ i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Kategoria nowotworu in situ	Klasyfikacja medyczna	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na nowotwór in situ	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
I	A	D00	rak in situ jamy ustnej przełyku i żołądka	
1	A	D00.0	rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła	100%
2	A	D00.1	rak in situ przełyku	100%
3	A	D00.2	rak in situ żołądka	100%
II	A	D01	rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego	
1	A	D01.0	rak in situ okrężnicy	100%
2	A	D01.1	rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego	100%
3	A	D01.2	rak in situ odbytnicy	100%
4	A	D01.3	rak in situ odbytu i kanału odbytu	100%
5	A	D01.4	rak in situ innych i nieokreślonych części jelita	100%
6	A	D01.5	rak in situ pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	100%
7	A	D01.7	rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego	100%
8	A	D01.9	rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone	100%
III	A	D02	rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	
1	A	D02.0	rak in situ krtani	100%
2	A	D02.1	rak in situ tchawicy	100%
3	A	D02.2	rak in situ oskrzela i płuca	100%
4	A	D02.3	rak in situ innych części układu oddechowego	100%
5	A	D02.4	rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone	100%
IV	A	D03	czerniak in situ	
1	A	D03.0	czerniak in situ wargi	100%
2	A	D03.1	czerniak in situ powieki łącznie z kątem oka	100%
3	A	D03.2	czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	100%
4	A	D03.3	czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy	100%
5	A	D03.4	czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	100%
6	A	D03.5	czerniak in situ tułowia	100%
7	A	D03.6	czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem	100%
8	A	D03.7	czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem	100%
9	A	D03.8	czerniak in situ innych umiejscowień	100%
10	A	D03.9	czerniak in situ, nieokreślony	100%
V	A	D04	czerniak in situ skóry	
1	A	D04.0	rak in situ skóry wargi	50%
2	A	D04.1	rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka	50%

Lp.	Kategoria nowotworu in situ	Klasyfikacja medyczna	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na nowotwór in situ	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
3	A	D04.2	rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	50%
4	A	D04.3	rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy	50%
5	A	D04.4	rak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	50%
6	A	D04.5	rak in situ skóry tułowia	50%
7	A	D04.6	rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem	50%
8	A	D04.7	rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem	50%
9	A	D04.8	rak in situ skóry, inne umiejscowienie	50%
10	A	D04.9	rak in situ skóry umiejscowienie nieokreślone	50%
VI	B	D05	rak in situ piersi	
1	B	D05.0	rak zrazikowy in situ	100%
2	B	D05.1	rak wewnątrzprzewodowy in situ	100%
3	B	D05.7	inny rak piersi in situ	100%
4	B	D05.9	rak in situ piersi nieokreślony	100%
VII	B	D06	rak in situ szyjki macicy	
1	B	D06.0	rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy	100%
2	B	D06.1	rak in situ błony śluzowa zewnętrznej powierzchni szyjki macicy	100%
3	B	D06.7	rak in situ innej część szyjki macicy	100%
4	B	D06.9	rak in situ szyjki macicy umiejscowienie nieokreślone	100%
VIII	B	D07	rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych	
1	B	D07.0	rak in situ błony śluzowej macicy	100%
2	B	D07.1	rak in situ sromu	100%
3	B	D07.2	rak in situ pochwy	100%
4	B	D07.3	rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich	100%
5	B	D07.4	rak in situ prącia	100%
6	B	D07.5	rak in situ gruczołu krokowego	100%
7	B	D07.6	rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich	100%
IX	C	D09	rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	
1	C	D09.0	rak in situ pęcherza moczowego	100%
2	C	D09.1	rak in situ inne i nieokreślone części układu moczowego	100%
3	C	D09.2	rak in situ oka	100%
4	C	D09.3	rak in situ tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	100%
5	C	D09.7	rak in situ o innym określonym umiejscowieniu	100%
6	C	D09.9	rak in situ umiejscowienie nieokreślone	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1017. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano nowotwór in situ wskazany w Tabeli nr 21.

1018. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań na nowotwór in situ – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano nowotwór in situ, wskazany w Tabeli nr 21.

1019. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania z powodu tej samej choroby – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień pobrania materiału do badania histologicznego, w którym rozpoznano zmianę in situ, w drugim lub kolejnym poważnym zachorowaniu na nowotwór in situ.

1020. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

1021. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania na nowotwór in situ zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

1022. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu nowotworu in situ zakres ochrony zostanie ograniczony:

1) o nowotwory in situ Kategorii A lub Kategorii C, jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu nowotworu in situ z Kategorii A (wskazanej w Tabeli 21);
2) o nowotwory in situ z Kategorii B lub Kategorii C, jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu nowotworu in situ z Kategorii B (wskazanej w Tabeli 21);
3) o wszystkie nowotwory in situ, jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu nowotworu in situ z Kategorii C (wskazanej w Tabeli 21).

1023. Kategorie nowotworów in situ opisaliśmy w Tabeli 21. Klasyfikacja medyczna, którą się posługujemy, odnosi się do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Kiedy stosujemy karencję

1024. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1025. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera na nowotwór in situ to w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy do maksymalnej kwoty świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1026. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera na nowotwór in situ będzie spowodowane tym, że Twój małżonek albo partner:

1) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
2) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
5) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

1027. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera na nowotwór in situ nie zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie ochrony.

1028. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera na nowotwór in situ nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
4) jego zaburzeń psychicznych.

1029. Nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania na nowotwór in situ Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek poważnego zachorowania na nowotwór in situ Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1030. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania na nowotwór in situ Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na nowotwór in situ (np. wynik badania histopatologicznego, karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1031. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1032. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby Twój małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1033. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1034. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 61. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1035. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia Twojego małżonka albo partnera, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowanie

1036. Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia opisaliśmy w Tabeli 22. Definicje poważnych zachorowań na chorobę układu krążenia małżonka albo partnera określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Bizne sie.

Tabela 22. Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	angioplastyka wieńcowa	20%
2	chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej	100%
3	kardiomiopatia	100%
4	kardiomiopatia takotsubo	20%
5	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjne	100%
6	operacja aorty brzusznej	100%
7	operacja aorty piersiowej	100%
8	operacja zastawek serca	100%
9	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)	100%
10	przeszczep tętnicy płucnej	100%
11	przeszczepienie serca	100%
12	tętniak leczony zabiegowo	20%
13	udar mózgu	100%
14	walwuloplastyka balonowa	20%
15	zawał serca	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1037. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z Tabelą 22, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia.

1038. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 22 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia.

1039. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia.

1040. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1041. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1042. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1043. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1044. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1045. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1046. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Twojego małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1047. Nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1048. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na chorobę układu krążenia małżonka albo partnera (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1049. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1050. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby Twój małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1051. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1052. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 62. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1053. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera, która zostanie zdiagnozowana w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowanie

1054. Rodzaje poważnych zachorowań oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną opisaliśmy w Tabeli 23. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 23. Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę zakaźną i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę zakaźną	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, który jest operacyjnie leczony	100%
2	cholera	100%
3	choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)	100%
4	choroba wywołana przez wirus Ebola	100%
5	choroba wywołana przez wirus Marburg	100%
6	dur brzuszny	100%
7	filarioza	100%
8	gorączka denga	100%
9	gorączka krwotoczna Chikungunya	100%
10	gorączka Lassa	100%
11	gorączka Zachodniego Nilu	100%
12	malaria	100%
13	schistosomatoza (bilharcjoza)	100%

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań małżonka albo partnera na chorobę zakaźną	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
14	śpiączka afrykańska	100%
15	żółta gorączka	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1055. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z Tabelą 23, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę zakaźną; i
2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.

1056. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 23 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.

1057. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.

1058. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1059. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1060. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1061. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za poważne zachorowanie na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera, które powstało w wyniku infekcji, będącej skutkiem ran odniesionych w nieszczęśliwym wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1062. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub

10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1063. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1064. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1065. Nie obejmujemy ochroną poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1066. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania na chorobę zakaźną (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1067. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1068. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1069. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1070. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 63. Leczenie szpitalne małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1071. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności i trwało nieprzerwanie minimum tyle kolejnych dni, ile wskazaliśmy w polisie i w certyfikacie.

1072. Ochroną obejmujemy leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera:

1) w celu leczenia uszkodzeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym lub wypadkiem w pracy; lub
2) w celu leczenia choroby, w tym także leczenia związanego z ciążą, powikłaniami poporodowymi; lub
3) związane z zawałem serca, udarem mózgu lub krwotokiem śródmózgowym; lub
4) związane z chorobą nowotworową.

1073. Zakresem naszej odpowiedzialności może być również objęte leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera w wyniku zdarzeń innych niż wymienione w poprzednim punkcie i na zasadach, które określiliśmy w Tabeli 24.

Tabela 24. Rodzaje leczenia szpitalnego małżonka albo partnera i zasady wypłaty świadczenia

Lp.	Rodzaje leczenia szpitalnego małżonka albo partnera	Zasady wypłaty świadczenia
1	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
2	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku komunikacyjnego, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
3	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku wypadku w pracy – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku w pracy, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
4	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
5	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.

Lp.	Rodzaje leczenia szpitalnego małżonka albo partnera	Zasady wypłaty świadczenia
6	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
7	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku choroby nowotworowej, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
8	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie)wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
9	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na OIOM/OIT – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego na OIOM/OIT, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
10	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe	Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni leczenia szpitalnego na OIOM/OIT, w wysokości kwoty świadczenia z tytułu tego leczenia szpitalnego określonego w polisie i certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień leczenia szpitalnego małżonka albo partnera na OIOM/OIT.
11	Rekonwalescencja małżonka albo partnera – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień rekonwalescencji, ale za nie więcej niż 30 kolejno następujących po sobie dni, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, aktualnej na pierwszy dzień rekonwalescencji małżonka albo partnera.
12	Rekonwalescencja małżonka albo partnera – świadczenie jednorazowe	Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni rekonwalescencji w wysokości kwoty świadczenia z tytułu rekonwalescencji małżonka albo partnera określonej w polisie i certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień rekonwalescencji.
13	Czasowa niezdolność do pracy po leczeniu szpitalnym małżonka albo partnera – świadczenie jednorazowe	Jeśli bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego małżonek albo partner będzie czasowo niezdolny do pracy przez nieprzerwany okres dłuższy niż 30 dni, a niezdolność ta pozostaje w związku z zakończonym leczeniem szpitalnym, wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i certyfikacie. Uznamy okres czasowej niezdolności do pracy za przerwany, jeśli w jego trakcie małżonek albo partner ponownie rozpocznie leczenie szpitalne. Świadczenie będzie należne, jeśli: 1) z tytułu leczenia szpitalnego, bezpośrednio po którym następuje czasowa niezdolność do pracy, należne jest świadczenie; oraz 2) czasowa niezdolność do pracy trwa co najmniej 30 dni i rozpocznie się w okresie naszej odpowiedzialności.
14	Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne	Jeśli po zakończeniu leczenia szpitalnego, małżonek albo partner rozpocznie dalsze całodobowe leczenie na szpitalnym oddziale rehabilitacyjnym, w szpitalu rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacyjnym będące kontynuacją wcześniejszego leczenia (nie później niż w okresie 180 dni od daty zakończenia leczenia szpitalnego), wypłacimy za każdy dzień takiego leczenia, dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie. Świadczenie dodatkowe może być wypłacone maksymalnie dwa razy w roku polisowym, maksymalnie łącznie za okres 45 dni.

1074. Ochroną obejmujemy leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku małżonka albo partnera, jeśli rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a leczeniem szpitalnym w wyniku nieszczęśliwego wypadku małżonka albo partnera wypadku musi istnieć związek przyczynowy.

1075. Zakres ochrony oraz kwotę świadczenia wskazujemy w polisie i w certyfikacie.

1076. Pojęcia użyte w Tabeli 24: zawał serca, udar mózgu i krwotok śródmózgowy, choroba nowotworowa (rozumiana jako nowotwór złośliwy lub nowotwór in-situ) przyjmują znaczenie, które określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1077. Minimalną i maksymalną ilość kolejnych dni leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera oraz wysokość świadczenia wskazujemy w polisie i w certyfikacie.

1078. O ile umowa nie stanowi inaczej, świadczenie wypłacimy za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera. Dzień, w którym rozpoczyna się leczenie szpitalne uznajemy za pierwszy pełny dzień tego leczenia szpitalnego, bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

1079. Nie wypłacimy świadczenia za dni, w trakcie których małżonek albo partner przerwał leczenie szpitalne na skutek przepustki.

1080. Świadczenie wypłacimy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera.

1081. Świadczenie wypłacimy po zakończeniu leczenia szpitalnego małżonka albo partnera.

1082. Jeśli w jednym dniu Twój małżonek albo partner był pacjentem dwóch lub więcej szpitali, wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego za ten dzień tylko jeden raz.

1083. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a leczeniem szpitalnym spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem musi istnieć związek przyczynowy.

1084. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera wypłacimy maksymalnie za wskazaną w polisie i w certyfikacie ilość dni za każdy rok polisowy.

1085. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1086. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1087. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1088. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1089. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) został skierowany przez sąd lub prokuraturę na obserwację psychiatryczną; lub
5) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
6) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub

8) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub

9) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

10) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub

11) doznał obrażeń ciała przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności względem Ciebie.

1090. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera.

1091. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera. To ograniczenie ochrony nie ma zastosowania, jeśli w zakresie Twojej ochrony ubezpieczeniowej posiadasz ubezpieczenie leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne.

1092. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli w karcie leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera, jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub

2) zakażenie wirusem HIV; lub

3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

1093. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego małżonek albo partner przebywał w szpitalu był następstwem jego zaburzeń psychicznych.

1094. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia za leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera, które ma na celu:

1) operację plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub

2) pozostawanie w szpitalu jako osoba towarzysząca choremu i nieobjęta procedurami medycznymi.

1095. Ochroną nie obejmujemy pobytu małżonka albo partnera:

1) w domu opieki lub pomocy społecznej; lub

2) w ośrodku dla psychicznie chorych; lub

3) w hospicjum onkologicznym; lub

4) w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych; lub

5) w ośrodku rekonwalescencyjnym; lub

6) w ośrodku sanatoryjnym lub uzdrowiskowym, lub

7) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

1096. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych.

1097. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy pobytu na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacyjnym Twojego małżonka albo partnera. To ograniczenie ochrony nie ma zastosowania, jeśli w zakresie Twojej ochrony ubezpieczeniowej posiadasz ubezpieczenie leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne.

1098. Nie obejmujemy ochroną leczenia szpitalnego Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek leczenia szpitalnego Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1099. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;

3) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie szpitalne małżonka albo partnera (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1100. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1101. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1102. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1103. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 64. Leczenie szpitalne małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach świadczenia wypłacamy

1104. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym:

1) które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności; oraz

2) które trwało nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1105. O ile umowa nie stanowi inaczej – świadczenie wypłacimy za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera. Dzień, w którym rozpocznie się leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera uznajemy za pierwszy pełny dzień tego leczenia szpitalnego – bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

1106. Wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera raz w roku polisowym, maksymalnie za okres 30 dni.

1107. Nie wypłacimy świadczenia za dni, w trakcie których Twój małżonek albo partner przerwał leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym na skutek przepustki.

1108. Świadczenie wypłacimy za dni leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera.

1109. Świadczenie wypłacimy po zakończeniu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera.

1110. Jeśli w jednym dniu Twój małżonek albo partner był pacjentem dwóch lub większej liczby szpitali, wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym za ten dzień tylko jeden raz.

1111. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1112. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1113. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1114. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) został skierowany przez sąd lub prokuraturę na obserwację psychiatryczną; lub
5) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
6) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
7) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

1115. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

1116. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy leczenia szpitalnego Twojego małżonka albo partnera na oddziale psychiatrycznym:

1) w ośrodku rehabilitacyjnym lub na oddziale rehabilitacyjnym; lub
2) w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych; lub
3) w ośrodku rekonwalescencyjnym; lub
4) w ośrodku sanatoryjnym lub uzdrowiskowym, lub
5) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1117. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym Twojego małżonka albo partnera (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1118. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1119. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, aby Twój małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1120. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1121. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 65. Leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i jaka jest podstawa świadczenia

1122. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

1123. Rodzaje leczenia specjalistycznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera określiliśmy w Tabeli 25.

Tabela 25. Rodzaje leczenia specjalistycznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	ablacja serca	zabieg kardiologiczny mający na celu fizyczne usunięcie ogniska bodźcotwórczego w miejscu jego powstawania w obszarze serca za pomocą prądu o częstotliwości radiowej lub poprzez zastosowanie niskiej temperatury (krioablacja);	50%
2	celowana terapia nowotworowa	metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej (leku celowanego molekularnie), bezpośrednio w zmienione nowotworowo komórki bez naruszenia zdrowej tkanki	100%
3	chemioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC (ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu)	100%

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
4	dializoterapia	metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową; odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek	100%
5	embolizacja tętniaka tętnic mózgowych	zabieg wewnątrznaczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem metody z zakresu neuroradiologii zabiegowej (embolizacja wewnątrznaczyniowa za pomocą spiral)	100%
6	hormonoterapia	farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej (hormonozależnych nowotworów złośliwych) polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby	50%
7	immunoterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na stymulowaniu układu immunologicznego (odpornościowego) w celu zwalczania komórek nowotworowych	100%
8	leczenie biologiczne	metoda leczenia choroby Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub reumatoidalnego zapalenia stawów polegająca na dożylnym podawaniu leków z grupy blokerów TNF – alfa	100%
9	leczenie immunologiczne	metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C przy zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową	100%
10	leczenie metodą Gamma Knife i Cyber-Knife	leczenie w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyniowych	50%
11	radioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego	100%
12	respiratoroterapia	metoda leczenia polegająca na wspomaganiu lub zastępowaniu pracy własnych mięśni oddechowych wymagająca zastosowania wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (respirator) w ramach OIOM/OIT; wskazaniem do wykonania procedury są stany zagrożenia życia; z ochrony wyłączone są przypadki zastosowania respiratora w celu wykonania operacji chirurgicznych oraz leczenia szpitalnego spowodowanego leczeniem chorób zakaźnych, w tym takich, z powodu których ogłoszony został stan zagrożenia epidemiologicznego, stan epidemii lub pandemii	50%
13	stomia	chirurgicznie połączenie utworzone między jelitem grubym (kolostiomia), jelitem cienkim (ileostomia) lub moczowodem (urostomia) a skórą, jeśli ze względu na chorobę lub uraz zostało utrudnione naturalne wydalanie kału lub moczu	100%
14	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa	zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa	50%
15	wszczepienie implantu ślimakowego	operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu	50%

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
16	wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w związku z występującymi zaburzeniami rytmu pochodzenia komorowego lub epizodami nagłego zatrzymania krążenia	50%
17	wszczepienie pompy baklofenowej	operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego, w celu kontroli dozowania leku, który hamuje objawy spastyczne po uszkodzeniu rdzenia kręgowego	25%
18	wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca	50%
19	wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu	operacja wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu, które generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby neurologicznej	50%
20	wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego	operacja wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego	25%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1124. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 25, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera.

1125. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych, wskazanych w Tabeli 25 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera.

1126. Świadczenia wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1127. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1128. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1129. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za leczenie specjalistyczne Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1130. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1131. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera.

1132. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne był następstwem:

1) prowadzenia przez małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1133. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego.

1134. Nie obejmujemy ochroną leczenia specjalistycznego Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek leczenia specjalistycznego Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1135. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej, która potwierdza wykonanie leczenia specjalistycznego Twojego małżonka albo partnera (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1136. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1137. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1138. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 66. Leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1139. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego małżonka albo partnera, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

1140. Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego małżonka albo partnera oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne onkologiczne Twojego małżonka albo partnera określiliśmy w Tabeli 26.

Tabela 26. Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera

Lp.	Rodzaj leczenia specjalistycznego onkologicznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	celowana terapia nowotworowa	metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej (leku celowanego molekularnie), bezpośrednio w zmienione nowotworowo komórki bez naruszenia zdrowej tkanki	100%
2	chemioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC (ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu)	100%
3	hormonoterapia	farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej (hormonozależnych nowotworów złośliwych), polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby	50%
4	immunoterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej, polegająca na stymulowaniu układu immunologicznego (odpornościowego) w celu zwalczania komórek nowotworowych	100%
5	radioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1141. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, określony w Tabeli 26, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego onkologicznego małżonka albo partnera.

1142. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych onkologicznych, które wskazujemy w Tabeli 26 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne onkologiczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego onkologicznego małżonka albo partnera.

1143. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1144. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1145. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1146. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1147. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne onkologiczne Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) próbował popełnić samobójstwo; lub

3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub

4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub

8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub

9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub

10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1148. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne onkologiczne małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub

4) zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera.

1149. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne onkologiczne był następstwem:

1) prowadzenia przez Twojego małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa Twojego małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że Twój małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera.

1150. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego małżonka albo partnera.

1151. Nie obejmujemy ochroną leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1152. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne onkologiczne Twojego małżonka albo partnera (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1153. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1154. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1155. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 67. Leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1156. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia specjalistycznego kardiologicznego małżonka albo partnera, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

1157. Rodzaje leczenia specjalistycznego kardiologicznego małżonka albo partnera oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera określiliśmy w Tabeli 27.

Tabela 27. Rodzaje leczenia specjalistycznego kardiologicznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego kardiologicznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	ablacja serca	zabieg kardiologiczny mający na celu fizyczne usunięcie ogniska bodźcotwórczego w miejscu jego powstawania w obszarze serca za pomocą prądu o częstotliwości radiowej lub poprzez zastosowanie niskiej temperatury (krioablacja)	100%
2	embolizacja tętniaka tętnic mózgowych	zabieg wewnątrznaczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem metody z zakresu neuroradiologii zabiegowej (embolizacja wewnątrznaczyniowa za pomocą spiral)	100%
3	wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, w związku z występującymi zaburzeniami rytmu pochodzenia komorowego lub epizodami nagłego zatrzymania krążenia	100%
4	wszczepienie rozrusznika serca	zabieg kardiologiczny polegający na wszczepieniu ubezpieczonemu urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1158. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia określony w Tabeli 27, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego kardiologicznego Twojego małżonka albo partnera.

1159. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych kardiologicznych, wskazanych w Tabeli 27 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne kardiologiczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego kardiologicznego Twojego małżonka albo partnera.

1160. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1161. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1162. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia specjalistycznego kardiologicznego Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1163. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie leczenie specjalistyczne kardiologiczne Twojego małżonka albo partnera, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1164. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne kardiologiczne Twojegomałżonka albo partnerara będzie spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1165. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne kardiologiczne Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:
1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera.

1166. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego kardiologicznego, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne kardiologiczne małżonka albo partnera był następstwem:
1) prowadzenia przez Twojego małżonka albo partnera pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa Twojego małżonka albo partnera w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że Twój małżonek albo partner był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego małżonka albo partnera.

1167. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego kardiologicznego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego kardiologicznego.

1168. Nie obejmujemy ochroną leczenia specjalistycznego kardiologicznego Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek leczenia specjalistycznego kardiologicznego Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1169. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia specjalistycznego kardiologicznego Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:
1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne kardiologiczne Twojego małżonka albo partnera (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia;
5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1170. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1171. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1172. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 68. Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1173. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera, która wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności – w wariancie wybranym przez ubezpieczającego (Tabela 28 albo Tabela 29).

1174. Nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie operacje chirurgiczne, które wymieniliśmy w Załączniku 3 i 4 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

1175. W przypadku operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku ochroną obejmujemy wyłącznie operacje chirurgiczne, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) operacja chirurgiczna nastąpi w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

2) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a operacją chirurgiczną musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1176. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z określoną w umowie Tabelą 28 albo 29;

2) w zależności od grupy operacji chirurgicznej i maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej małżonka albo partnera.

Tabela 28. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna małżonka albo partnera – 3 grupy

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	60%
Grupa 3	20%

Tabela 29. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna małżonka albo partnera – 5 grup

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	75%
Grupa 3	50%
Grupa 4	25%
Grupa 5	10%

1177. Jeśli podczas jednego zabiegu małżonek albo partner zostanie poddany kilku operacjom chirurgicznym, które dotyczą tego samego narządu lub układu – to wypłacimy świadczenie tylko za tę operację chirurgiczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie.

1178. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, wypłacimy sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną – jednak nie więcej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1179. Suma świadczeń, którą możemy Tobie wypłacić za dany rok polisowy nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1180. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1181. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1182. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1183. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za operacje chirurgiczne Twojego małżonka albo partnera, jeśli będą następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1184. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego małżonka albo partnera będą spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznał uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
10) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1185. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego małżonka albo partnera wystąpią na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

1186. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego został poddany operacji chirurgicznej był następstwem zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1187. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera, jeśli w karcie leczenia szpitalnego jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub

2) zakażenie wirusem HIV; lub

3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

1188. Nie obejmujemy ochroną operacji chirurgicznych Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek operacji chirurgicznych Twojego partnera.

Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną

1189. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera, które są:

1) kolejną operacją chirurgiczną lub kolejnym etapem leczenia tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłaciliśmy świadczenie; tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy po 30 dniach od wykonania wcześniejszej operacji chirurgicznej lub zakończenia wcześniejszego etapu leczenia; lub

2) kolejną operacją chirurgiczną wykonywaną w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, która ma związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

1190. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera, które mają na celu:

1) leczenie wady wrodzonej lub jej następstw; lub

2) leczenie lub zabiegi dentystyczne (w tym wszczepienie implantu), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym małżonek albo partner dozna także uszkodzeń innych narządów lub części ciała; lub

3) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała; lub

4) chirurgię plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub

5) laserową korektę wady wzroku; lub

6) korektę płci; lub

7) antykoncepcję; lub

8) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej; lub

9) przeprowadzenie jednego z następujących zabiegów ginekologicznych:

a) wyłyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy,

b) założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy,

c) usunięcie polipa z szyjki macicy,

d) nacięcie gruczołu Bartholina,

e) cesarskie cięcie,

f) nacięcie i szycie krocza przy porodzie.

1191. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera i nie wypłacimy świadczenia, jeśli lekarz zlecił operację przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1192. Do wypłaty świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;

3) dokumentacji medycznej, która potwierdza przeprowadzenie operacji chirurgicznej;

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1193. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1194. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1195. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 69. Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1196. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności – w wariancie wybranym przez ubezpieczającego (Tabela 30 albo Tabela 31) oraz jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) operacja chirurgiczna nastąpi w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

2) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a operacją chirurgiczną musi istnieć związek przyczynowy.

1197. Nasza odpowiedzialność dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych wymienionych w Załączniku 3 i 4 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1198. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z określoną w umowie Tabelą 30 albo 31;

2) w zależności od grupy operacji chirurgicznej i maksymalnej kwoty świadczenia, aktualne j na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku małżonka albo partnera.

Tabela 30. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3 grupy

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	60%
Grupa 3	20%

Tabela 31. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5 grup

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	75%
Grupa 3	50%
Grupa 4	25%
Grupa 5	10%

1199. Jeśli podczas jednego zabiegu małżonek albo partner zostanie poddany kilku operacjom chirurgicznym, które dotyczą tego samego narządu lub układu – to wypłacimy świadczenie tylko za tę operację chirurgiczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie.

1200. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku – wypłacimy sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną jednak nie więcej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1201. Suma świadczeń, którą możemy Tobie wypłacić za dany rok polisowy nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1202. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1203. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego małżonka albo partnera będą spowodowane tym, że małżonek albo partner:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbował popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełnił albo próbował popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) nie stosował się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
7) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
8) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
9) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1204. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego małżonka albo partnera wystąpią na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

1205. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego został poddany operacji chirurgicznej był następstwem zaburzeń psychicznych małżonka albo partnera.

1206. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera, jeśli w karcie leczenia szpitalnego jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

1207. Nie obejmujemy ochroną operacji chirurgicznych Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek operacji chirurgicznych Twojego partnera.

Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną

1208. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera, która jest:

1) kolejną operacją chirurgiczną lub kolejnym etapem leczenia tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłaciliśmy świadczenie; tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy po 30 dniach od wykonania wcześniejszej operacji chirurgicznej lub zakończenia wcześniejszego etapu leczenia; lub

2) kolejną operacją chirurgiczną wykonywaną w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, która ma związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

1209. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera, która ma na celu:

1) leczenie lub zabiegi dentystyczne (w tym wszczepienie implantu), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym małżonek albo partner dozna także uszkodzeń innych narządów lub części ciała; lub

2) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała; lub

3) chirurgię plastyczno – kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub

4) laserową korektę wady wzroku; lub

5) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej.

1210. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznych Twojego małżonka albo partnera i nie wypłacimy świadczenia, jeśli lekarz zlecił operację przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1211. Do wypłaty świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;

3) dokumentacji medycznej, która potwierdza przeprowadzenie operacji chirurgicznej;

4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

5) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1212. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1213. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1214. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 70. Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1215. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności:

1) po operacji chirurgicznej małżonka albo partnera; lub

2) po operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku małżonka albo partnera.

1216. Rodzaje operacji i powikłań pooperacyjnych w ubezpieczeniu powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera określiliśmy w Załączniku 5 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1217. Wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości kwoty świadczenia wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia powikłania pooperacyjnego.

1218. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za powikłanie pooperacyjne Twojego małżonka albo partnera związane z daną operacją chirurgiczną.

1219. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1220. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera, jeśli nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera lub operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1221. Nie obejmujemy ochroną powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek powikłania pooperacyjnego Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1222. Do wypłaty świadczenia w przypadku powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

   1) zgłoszenia roszczenia;
   2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
   3) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera;
   4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową.

1223. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1224. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia – możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1225. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1226. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 71. Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1227. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności po operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku małżonka albo partnera.

1228. Rodzaje operacji i powikłań pooperacyjnych w ubezpieczeniu powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera określiliśmy w Załączniku 5 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1229. Wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości kwoty świadczenia wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia powikłania pooperacyjnego.

1230. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za powikłanie pooperacyjne Twojego małżonka albo partnera związane z daną operacją chirurgiczną w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1231. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1232. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera, jeśli nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1233. Nie obejmujemy ochroną powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka, jeśli pozostając z nim w separacji wyznaczyłeś partnera. W takim przypadku świadczymy ochronę na wypadek powikłania pooperacyjnego Twojego partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1234. Do wypłaty świadczenia w przypadku powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – o ile zdarzenie dotyczy Twojego małżonka;
3) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie powikłania pooperacyjnego Twojego małżonka albo partnera;
4) zgody małżonka albo partnera na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową.

1235. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1236. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby małżonek albo partner na nasz koszt poddał się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1237. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1238. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 72. Zgon dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1239. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego dziecka w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1240. Wypłacimy kwotę świadczenia w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu Twojego dziecka.

1241. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1242. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1243. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu dziecka, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1244. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1245. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego dziecka nastąpi w wyniku:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez dziecko przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1246. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu dziecka;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1247. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1248. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1249. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 73. Zgon dziecka bez względu na wiek

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1250. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego dziecka bez względu na wiek, w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1251. Wypłacimy kwotę świadczenia w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu Twojego dziecka bez względu na wiek.

1252. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1253. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1254. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu dziecka bez względu na wiek, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1255. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za zgon dziecka bez względu na wiek w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1256. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego dziecka bez względu na wiek nastąpi w wyniku:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez dziecko przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1257. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego dziecka bez względu na wiek potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu dziecka;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1258. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1259. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1260. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 74. Zgon dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1261. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) dziecko umrze w ciągu 180 dni od tego wypadku;
3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem Twojego dziecka musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1262. Wypłacimy kwotę świadczenia w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1263. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz
2) z tytułu zgonu dziecka,

jeśli wypadek spełnia definicje obu tych zdarzeń.

1264. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1265. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego nastąpi zgon Twojego dziecka wystąpi na skutek:

1) czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez dziecko przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu dziecka.

1266. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego dziecka będzie spowodowany tym, że dziecko:

1) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
2) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
3) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
4) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
5) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
6) doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1267. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi na skutek:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1268. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu dziecka;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji).

1269. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1270. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1271. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 75. Zgon dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1272. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek komunikacyjny wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) Twoje dziecko umrze w ciągu 180 dni od tego wypadku;
3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a zgonem Twojego dziecka musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1273. Wypłacimy kwotę świadczenia w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego.

1274. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń z tytułu:

1) zgonu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego;
2) zgonu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku; oraz
3) zgonu dziecka,

jeśli wypadek spełnia definicje wszystkich tych zdarzeń.

1275. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1276. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego nastąpi zgon Twojego dziecka wystąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) czynnego udziału dziecka w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez dziecko przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu dziecka.

1277. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego dziecka będzie spowodowany tym, że dziecko:

1) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
2) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
3) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
4) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub

5) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

6) doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem komunikacyjnym.

1278. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego wystąpi na skutek:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

2) zaburzeń psychicznych dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1279. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu zgonu dziecka;

3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji).

1280. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1281. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1282. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 76. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1283. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;

2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

1284. Za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1285. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Twojego dziecka przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

1286. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania Twojego dziecka i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

1287. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określamy z tytułu jednego zdarzenia nie może być wyższy niż 100%.

1288. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Twojego dziecka.

1289. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

1290. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

1291. Jeśli w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku dziecko dozna kilku uszkodzeń ciała – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszkodzenia ciała objęte ochroną.

1292. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

1293. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

1294. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1295. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twoje dziecko dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
7) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
8) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1296. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twoje dziecko dozna trwałego uszczerbku był następstwem:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) zaburzeń psychicznych dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1297. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1298. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1299. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1300. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1301. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 77. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1302. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek komunikacyjny wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;

2) trwały uszczerbek na zdrowiu nastąpi przed upływem 180 dni od wypadku komunikacyjnego;

3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu musi istnieć związek przyczynowy.

Jakie są zasady wypłaty świadczenia i komu je wypłacimy

1303. Za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego – wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego.

1304. Wysokość świadczenia w pakiecie głównym, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie jest skumulowaną wysokością świadczeń:

1) za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego; oraz

2) za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

jeśli wypadek spełnia definicje obu tych zdarzeń.

1305. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określamy bez badania Twojego dziecka przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

1306. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu możemy również określić na podstawie badania Twojego dziecka i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

1307. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu, który określamy z tytułu jednego zdarzenia nie może być wyższy niż 100%.

1308. Procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określimy po zakończeniu leczenia, rehabilitacji i ustabilizowaniu się stanu zdrowia Twojego dziecka.

1309. Jeśli podczas rozpatrywania roszczenia nie jest możliwe ustalenie końcowego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu – wypłacimy bezsporną część świadczenia na podstawie dokumentacji medycznej lub opinii lekarza orzecznika, w terminie 30 dni od zgłoszenia roszczenia. Pozostałą część świadczenia – o ile będzie ona należna – wypłacimy nie później niż po 2 latach licząc od daty wypadku, w każdym razie nie później niż w ciągu 14 dni od dnia, w którym ustalenie procentu trwałego uszczerbku było możliwe.

1310. Na wysokość świadczenia nie ma wpływu czas leczenia, ból ani cierpienie oraz utracone korzyści związane z uszkodzeniem ciała i jego leczeniem.

1311. Jeśli w wyniku jednego wypadku komunikacyjnego dziecko dozna kilku uszkodzeń ciała – wypłacimy łączne świadczenie za wszystkie uszkodzenia ciała objęte ochroną.

1312. Jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu powstał w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed zdarzeniem – stopień trwałego uszczerbku ustalimy jako różnicę stopnia upośledzenia funkcji narządu sprzed zdarzenia i po zdarzeniu.

1313. Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego stosujemy zasady oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu, które określiliśmy w Załączniku 2 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

1314. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1315. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Twoje dziecko dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu będzie spowodowany tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
7) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
8) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem komunikacyjnym.

1316. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego Twoje dziecko dozna trwałego uszczerbku na zdrowiu wystąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) zaburzeń psychicznych dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1317. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Twojego dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1318. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1319. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1320. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1321. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 78. Trwałe inwalidztwo dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1322. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie trwałego inwalidztwa Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpi trwałe inwalidztwo wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności;

2) trwałe inwalidztwo nastąpi przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a trwałym inwalidztwem musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1323. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 32, w zależności od rodzaju trwałego inwalidztwa dziecka; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

ERGO HESTIA

Tabela 32. Rodzaje trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Kod zdarzenia	Rodzaje trwałego inwalidztwa dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1. Trwałe inwalidztwo:		
1.1. Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:		
001	kończyną górną – w stawie barkowym	70%
002	kończyną górną – powyżej stawu łokciowego	65%
003	kończyną górną – poniżej stawu łokciowego	60%
004	kończyną górną – poniżej nadgarstka	55%
005	kończyną dolną – powyżej środkowej części uda	70%
006	kończyną dolną – poniżej środkowej części uda	60%
007	kończyną dolną – poniżej stawu kolanowego	50%
008	kończyną dolną – poniżej środkowej części (podudzia)	45%
009	kończyną dolną – stopą	40%
010	kończyną dolną – stopą z wyłączeniem pięty	30%
1.2. Całkowita fizyczna utrata:		
011	kciuka	15%
012	palca wskazującego	10%
013	innego palca u ręki	5%
014	palucha	5%
015	innego palca u stopy	2%
1.3. Całkowita utrata:		
016	wzroku w obu oczach	100%
017	wzroku w jednym oku	50%
018	słuchu w obu uszach	60%
019	słuchu w jednym uchu	30%
020	węchu	10%
2. Złamania		
021	kości mózgoczaszki	8%
022	miednicy (bez kości ogonowej)	6%
023	kości udowej	6%
024	kości strzałkowej, piszczelowej	4%
025	kości ramieniowej	6%
026	kości promieniowej, łokciowej, kości nadgarstka	4%
027	kręgosłupa	8%
028	inne złamania kości	1%

1324. Jeśli trwałe inwalidztwo Twojego dziecka, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w Tabeli 32, wypłacimy świadczenie równe sumie kwot w niej określonych, z zastrzeżeniem dwóch kolejnych punktów.

1325. Suma wypłaconych przez nas świadczeń określonych w Tabeli 32, nie może przekroczyć maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

1326. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego wcześniej wypłaciliśmy świadczenie – to wypłacimy świadczenie na podstawie określonego w Tabeli 32 procentu maksymalnej kwoty świadczenia, pomniejszone o kwotę świadczenia, które wypłaciliśmy wcześniej.

1327. Procent trwałego inwalidztwa określamy bez badania Twojego dziecka przez lekarza orzecznika – jeśli dokumentacja medyczna jest wystarczająca do jego określenia.

1328. Procent trwałego inwalidztwa możemy również określić na podstawie badania twojego dziecka i opinii lekarza orzecznika powoływanego przez nas i na nasz koszt.

1329. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1330. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twoje dziecko dozna trwałego inwalidztwa będzie spowodowany tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
7) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
8) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
9) doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1331. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego dziecko dozna trwałego inwalidztwa wystąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) zaburzeń psychicznych dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1332. Do wypłaty świadczenia w przypadku trwałego inwalidztwa Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia, która potwierdza wystąpienie trwałego inwalidztwa (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1333. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1334. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1335. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1336. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 79. Poważne zachorowanie dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1337. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania Twojego dziecka w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowanie

1338. Rodzaje poważnych zachorowań oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie dziecka wskazaliśmy w Tabeli 33. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 33. Rodzaje poważnych zachorowań dziecka i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań dziecka	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	bakteryjne zapalenia opon mózgowych	100%
2	całkowita utrata słuchu	100%
3	całkowita utrata wzroku	100%
4	choroba Heinego-Medina	100%
5	ciężki uraz głowy	100%
6	cukrzyca typu I	100%
7	inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)	100%
8	łagodny guz mózgu	100%
9	neuroborelioza	100%
10	niedokrwistość aplastyczna	100%
11	niewydolność nerek	100%
12	nowotwór złośliwy	100%
13	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	10%
14	oparzenia	100%
15	paraliż	100%
16	posocznica (sepsa)	100%
17	przeszczep narządu	100%
18	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	100%
19	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	100%
20	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	10%
21	śpiączka	100%
22	tężec	100%
23	uraz wielonarządowy	100%
24	utrata kończyn	100%
25	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	100%
26	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi	100%
27	zanik postępujący mięśni	100%
28	zapalenie mózgu	100%
29	piorunujące zapalenie wątroby	100%
30	utrata mowy	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1339. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 33, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania.

1340. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań wskazanych w Tabeli 33 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia aktualnej na dzień wystąpienia zdarzenia.

1341. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia aktualnej na dzień wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania.

1342. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

1343. W przypadku wystąpienia zdarzenia, które skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

Kiedy stosujemy karencję

1344. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1345. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania dziecka, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1346. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za poważne zachorowanie dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1347. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego dziecka będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) próbowało popełnić samobójstwo; lub

3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub

4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

7) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub

8) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub

9) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub

10) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

11) doznało uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1348. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego dziecka nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną.

1349. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Twojego dziecka jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez dziecko pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że dziecko było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1350. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza poważne zachorowanie dziecka (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1351. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1352. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1353. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1354. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 80. Poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1355. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę nowotworową, która zostanie zdiagnozowana w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowanie

1356. Rodzaje poważnych zachorowań na chorobę nowotworową oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową wskazaliśmy w Tabeli 34. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 34. Rodzaje poważnych zachorowań dziecka na chorobę nowotworową i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań dziecka na chorobę nowotworową	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	łagodny guz mózgu	100%
2	łagodny guz rdzenia kręgowego	100%
3	nowotwór in-situ	100%
4	nowotwór złośliwy	100%
5	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	100%
6	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1357. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 34, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę nowotworową; i
2) na chorobę nowotworową i na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

1358. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 34 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

1359. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania na chorobę nowotworową w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę nowotworową.

1360. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy dodatkowe ograniczenie ochrony

1361. W przypadku wystąpienia zdarzenia, ktore skutkuje wypłatą świadczenia z tytułu danego poważnego zachorowania zakres ochrony zostanie ograniczony o poważne zachorowanie tego samego rodzaju, z tytułu którego wypłaciliśmy świadczenie.

Kiedy stosujemy karencję

1362. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1363. Jeśli podwyższymy maksymalną kwotę świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania na chorobę nowotworową Twojego dziecka to, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

ERGO HESTIA

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1364. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę nowotworową Twojego dziecka będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
2) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
5) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

1365. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę nowotworową Twojego dziecka nie zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie ochrony.

1366. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie na chorobę nowotworową nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

1367. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę nowotworową, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez Twoje dziecko pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa Twojego dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że Twoje dziecko było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1368. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę nowotworową potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza poważne zachorowanie Twojego dziecka na chorobę nowotworową (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);
3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1369. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1370. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1371. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1372. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 81. Poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1373. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę zakaźną w czasie naszej odpowiedzialności.

Jak definiujemy poważne zachorowanie

1374. Rodzaje poważnych zachorowań na chorobę zakaźną oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną wskazaliśmy w Tabeli 35. Definicje poważnych zachorowań określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Tabela 35. Rodzaje poważnych zachorowań dziecka na chorobę zakaźną i procent maksymalnej kwoty świadczenia

Lp.	Rodzaje poważnych zachorowań dziecka na chorobę zakaźną	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, który jest leczony operacyjnie	100%
2	cholera	100%
3	choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)	100%
4	choroba wywołana przez wirus Ebola	100%
5	choroba wywołana przez wirus Marburg	100%
6	dur brzuszny	100%
7	filarioza	100%
8	gorączka denga	100%
9	gorączka krwotoczna Chikungunya	100%
10	gorączka Lassa	100%
11	gorączka Zachodniego Nilu	100%
12	malaria	100%
13	schistosomatoza (bilharcjoza)	100%
14	śpiączka afrykańska	100%
15	żółta gorączka	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1375. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 35, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania na chorobę zakaźną; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.

1376. Jeśli z powodu tej samej choroby spełnione są definicje dwóch lub więcej poważnych zachorowań, wskazanych w Tabeli 35 – wypłacimy za te poważne zachorowania należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.

1377. Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania w wysokości mniejszej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia, to w przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania pozostającego z nim w związku – wypłacimy kolejne świadczenie. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia, aktualnej na dzień zdiagnozowania drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania na chorobę zakaźną.

1378. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1379. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1380. Jeśli podwyższymy maksymalną kwotę świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania na chorobę zakaźną Twojego dziecka to, w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1381. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za poważne zachorowanie Twojego dziecka na chorobę zakaźną, jeśli będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1382. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego dziecka na chorobę zakaźną będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
10) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1383. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli poważne zachorowanie Twojego dziecka na chorobę zakaźną nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

1384. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę zakaźną, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważne zachorowanie był następstwem:

1) prowadzenia przez Twoje dziecko pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa Twojego dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub

3) tego, że Twoje dziecko było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1385. Do wypłaty świadczenia w przypadku poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę zakaźną potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wystąpienie poważnego zachorowania Twojego dziecka na chorobę zakaźną (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenie lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań);

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1386. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1387. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy poprosić, aby dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1388. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1389. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 82. Leczenie szpitalne dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1390. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia szpitalnego Twojego dziecka, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności i trwało nieprzerwanie minimum tyle kolejnych dni, ile wskazaliśmy w polisie i w certyfikacie.

1391. Ochroną obejmujemy leczenie szpitalne Twojego dziecka:

1) w celu leczenia uszkodzeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym; lub

2) w celu leczenia choroby, w tym także leczenia związanego z ciążą, powikłaniami poporodowymi; lub

3) związane z chorobą nowotworową.

1392. Zakresem naszej odpowiedzialności może być również objęte leczenie szpitalne Twojego dziecka w wyniku zdarzeń innych niż wymienione w poprzednim punkcie i na zasadach, które określiliśmy w Tabeli 36.

Tabela 36. Rodzaje leczenia szpitalnego dziecka i zasady wypłaty świadczenia

Lp.	Rodzaje leczenia szpitalnego dziecka	Zasady wypłaty świadczenia
1	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku wypadku komunikacyjnego, ale za nie więcej niż maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) dni wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
2	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, ale nie więcej niż za maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
3	Leczenie szpitalne dziecka w wyniku choroby nowotworowej – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego w wyniku choroby nowotworowej, ale nie więcej niż za maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
4	Leczenie szpitalne dziecka niespowodowane nieszczęśliwym wypadkiem (choroba) – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, ale nie więcej niż za maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie)wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
5	Leczenie szpitalne dziecka – świadczenie jednorazowe	Świadczenie jednorazowe, które wypłacimy po zakończeniu 6-cio dniowego leczenia szpitalnego Twojego dziecka, niezależne od liczby dni tego leczenia szpitalnego. Świadczenie wypłacimy w wysokości kwoty świadczenia z tytułu tego leczenia szpitalnego określonego w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień leczenia szpitalnego dziecka.
6	Leczenie szpitalne dziecka na OIOM/OIT – świadczenie dzienne	Świadczenie za każdy dzień leczenia szpitalnego dziecka na OIOM/OIT, ale nie więcej niż za maksymalną liczbę dni (kolejno następujących po sobie) wskazanych w polisie i w certyfikacie z tego tytułu, w wysokości określonej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego.
7	Leczenie szpitalne dziecka na OIOM/OIT – świadczenie jednorazowe	Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni leczenia szpitalnego dziecka na OIOM/OIT, w wysokości kwoty świadczenia z tytułu tego leczenia szpitalnego określonego w polisie i w certyfikacie, aktualnej na pierwszy dzień tego leczenia szpitalnego na OIOM/OIT.

1393. Ochroną obejmujemy leczenie szpitalne w wyniku nieszczęśliwego wypadku dziecka, jeśli rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a leczeniem szpitalnym w wyniku nieszczęśliwego wypadku dziecka musi istnieć związek przyczynowy.

1394. Zakres ochrony oraz kwotę świadczenia wskazujemy w polisie i w certyfikacie.

1395. Pojęcie użyte w Tabeli 36: choroba nowotworowa (rozumiana jako nowotwór złośliwy lub nowotwór in-situ) przyjmuje znaczenie, które określiliśmy w Załączniku 1 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1396. Minimalną i maksymalną ilość kolejnych dni leczenia szpitalnego Twojego dziecka oraz wysokość świadczenia wskazujemy w polisie i w certyfikacie.

1397. O ile umowa nie stanowi inaczej – świadczenie wypłacimy za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego Twojego dziecka.

1398. Dzień, w którym rozpoczyna się leczenie szpitalne uznajemy za pierwszy pełny dzień tego leczenia szpitalnego – bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

1399. Nie wypłacimy świadczenia za dni, w trakcie których dziecko przerwało leczenie szpitalne na skutek przepustki.

1400. Świadczenie wypłacimy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego Twojego dziecka.

1401. Świadczenie wypłacimy po zakończeniu leczenia szpitalnego Twojego dziecka.

1402. Jeśli w jednym dniu Twoje dziecko było pacjentem dwóch lub więcej szpitali – wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego za ten dzień tylko jeden raz.

1403. Pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a leczeniem szpitalnym spowodowanym nieszczęśliwym wypadkiem musi istnieć związek przyczynowy.

1404. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego Twojego dziecka wypłacimy maksymalnie za wskazaną w polisie i w certyfikacie ilość dni za każdy rok polisowy.

1405. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1406. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1407. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego Twojego dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1408. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za leczenie szpitalne Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1409. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego dziecka będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) zostało skierowane przez sąd lub prokuraturę na obserwację psychiatryczną; lub
5) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
6) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
7) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
8) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
9) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
10) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej: lub
11) doznało obrażeń ciała przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności względem Ciebie.

1410. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego dziecka nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) zaburzeń psychicznych dziecka.

1411. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego dziecka nastąpi na skutek zaburzeń psychicznych Twojego dziecka. To ograniczenie ochrony nie ma zastosowania, jeśli w zakresie Twojej ochrony ubezpieczeniowej posiadasz ubezpieczenie Leczenie szpitalne dziecka na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne.

1412. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli w karcie leczenia szpitalnego, jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

1413. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Twojego dziecka, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego dziecko przebywało w szpitalu był następstwem zaburzeń psychicznych dziecka.

1414. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia za leczenie szpitalne dziecka, które ma na celu:

1) operację plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub
2) pozostawanie w szpitalu jako osoba towarzysząca choremu i nieobjęta procedurami medycznymi.

1415. Ochroną nie obejmujemy pobytu dziecka:

1) w domu opieki lub pomocy społecznej; lub
2) w ośrodku dla psychicznie chorych; lub
3) w hospicjum onkologicznym; lub
4) w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych; lub
5) w ośrodku rekonwalescencyjnym; lub
6) w ośrodku sanatoryjnym lub uzdrowiskowym; lub
7) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

1416. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy leczenia szpitalnego Twojego dziecka na oddziale psychiatrycznym w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych.

1417. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy pobytu na oddziale rehabilitacyjnym lub w ośrodku rehabilitacyjnym Twojego dziecka. To ograniczenie ochrony nie ma zastosowania, jeśli w zakresie Twojej ochrony ubezpieczeniowej posiadasz ubezpieczenie leczenie szpitalne dziecka na oddziale rehabilitacyjnym – świadczenie dzienne.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1418. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia szpitalnego Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie szpitalne dziecka (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);
3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1419. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1420. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1421. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 83. Leczenie szpitalne dziecka na oddziale psychiatrycznym – świadczenie dzienne

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i na jakich zasadach świadczenia wypłacamy

1422. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia szpitalnego, Twojego dziecka, na oddziale psychiatrycznym:

1) które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności; oraz

2) które trwało nieprzerwanie co najmniej 3 dni.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1423. O ile umowa nie stanowi inaczej – świadczenie wypłacimy za okres od pierwszego dnia leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka. Dzień, w którym rozpocznie się leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka uznajemy za pierwszy pełny dzień tego leczenia szpitalnego – bez względu na godzinę przyjęcia do szpitala.

1424. Wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka raz w roku polisowym, maksymalnie za okres 30 dni.

1425. Nie wypłacimy świadczenia za dni, w trakcie których Twoje dziecko przerwało leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym na skutek przepustki.

1426. Świadczenie wypłacimy za dni leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej w dniu rozpoczęcia leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka.

1427. Świadczenie wypłacimy po zakończeniu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka.

1428. Jeśli w jednym dniu Twoje dziecko było pacjentem dwóch lub większej liczby szpitali, wypłacimy świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym za ten dzień tylko jeden raz.

1429. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1430. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1431. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1432. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego dziecka na oddziale psychiatrycznym będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) próbowało popełnić samobójstwo; lub

3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub

4) zostało skierowane przez sąd lub prokuraturę na obserwację psychiatryczną; lub

5) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

6) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

7) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej.

1433. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie szpitalne Twojego dziecka na oddziale psychiatrycznym nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

1434. Ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy leczenia szpitalnego Twojego dziecka na oddziale psychiatrycznym:

1) w ośrodku rehabilitacyjnym lub na oddziale rehabilitacyjnym; lub

2) w ośrodku leczenia uzależnień: lekowych, narkotykowych, alkoholowych; lub

3) w ośrodku rekonwalescencyjnym; lub

4) w ośrodku sanatoryjnym lub uzdrowiskowym; lub

5) w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1435. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia szpitalnego na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie szpitalne na oddziale psychiatrycznym Twojego dziecka (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1436. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1437. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać, aby Twoje dziecko na nasz koszt poddało się badaniom lekarskim – jeśli będą niezbędne.

1438. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1439. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 84. Leczenie specjalistyczne dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną i jaka jest podstawa świadczenia

1440. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia specjalistycznego Twojego dziecka, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

1441. Rodzaje leczenia specjalistycznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne dziecka określiliśmy w Tabeli 37.

ERGO HESTIA

Tabela 37. Rodzaje leczenia specjalistycznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne dziecka

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	celowana terapia nowotworowa	metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej (leku celowanego molekularnie), bezpośrednio w zmienione nowotworowo komórki bez naruszenia zdrowej tkanki	100%
2	chemioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC (ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu)	100%
3	dializoterapia	metoda leczenia niewydolności nerek poprzez hemodializę lub dializę otrzewnową. Odpowiadamy wyłącznie za taką dializoterapię, którą zastosowano w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek	100%
4	hormonoterapia	farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej (hormonozależnych nowotworów złośliwych) polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby	50%
5	immunoterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na stymulowaniu układu immunologicznego (odpornościowego) w celu zwalczania komórek nowotworowych	100%
6	leczenie biologiczne	metoda leczenia choroby Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego lub reumatoidalnego zapalenia stawów polegająca na dożylnym podawaniu leków z grupy blokerów TNF – alfa	100%
7	leczenie immunologiczne	metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, przy zastosowaniu interferonu podawanego drogą pozajelitową	100%
8	leczenie metodą Gamma Knife i Cyber-Knife	leczenie w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyniowych	50%
9	radioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego	100%
10	respiratoroterapia	metoda leczenia polegająca na wspomaganiu lub zastępowaniu pracy własnych mięśni oddechowych wymagająca zastosowania wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (respirator) w ramach OIOM/OIT; wskazaniem do wykonania procedury są stany zagrożenia życia; z ochrony wyłączone są przypadki zastosowania respiratora w celu wykonania operacji chirurgicznych oraz leczenia szpitalnego spowodowanego leczeniem chorób zakaźnych, w tym takich, z powodu których ogłoszony został stan zagrożenia epidemiologicznego, stan epidemii lub pandemii	50%
11	stomia	chirurgicznie połączenie utworzone między jelitem grubym (kolostiomia), jelitem cienkim (ileostomia) lub moczowodem (urostomia) a skórą, jeśli ze względu na chorobę lub uraz zostało utrudnione naturalne wydalanie kału lub moczu	100%
12	wertebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa	zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa	50%

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
13	wszczepienie implantu ślimakowego	operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w loży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie idiopatycznego pogorszenia słuchu	50%
14	wszczepienie pompy baklofenowej	operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego, w celu kontroli dozowania leku, który hamuje objawy spastyczne po uszkodzeniu rdzenia kręgowego	25%
15	wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu	operacja wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu, które generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby neurologicznej	50%
16	wszczepienie systemu zastawkowego komorowo--otrzewnowego	operacja wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego	25%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1442. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia zgodnie z Tabelą 37, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego Twojego dziecka; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego.

1443. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych, wskazanych w Tabeli 37 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego Twojego dziecka.

1444. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1445. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1446. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia specjalistycznego Twojego dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1447. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za leczenie specjalistyczne Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1448. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne Twojego dziecka będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) próbowało popełnić samobójstwo; lub

3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub

4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub

5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub

6) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub

7) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub

8) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub

9) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub

10) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1449. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne Twojego dziecka nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub

2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub

3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV za wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub

4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

1450. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego Twojego dziecka, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne był następstwem:

1) prowadzenia przez dziecko pojazdu bez uprawnień; lub

2) uczestnictwa dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub

3) tego, że dziecko było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub

4) zaburzeń psychicznych dziecka.

1451. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego Twojego dziecka kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1452. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia specjalistycznego Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne dziecka (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1453. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1454. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1455. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 85. Leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1456. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego dziecka, które rozpocznie się w czasie naszej odpowiedzialności.

1457. Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego dziecka oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia określiliśmy w Tabeli 38.

Tabela 38. Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego oraz procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka

Lp.	Rodzaje leczenia specjalistycznego onkologicznego	Definicje	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
1	celowana terapia nowotworowa	metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej (leku celowanego molekularnie), bezpośrednio w zmienione nowotworowo komórki bez naruszenia zdrowej tkanki	100%
2	chemioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej z zastosowaniem przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego należącego do grupy L01 klasyfikacji ATC (ochrona nie obejmuje zastosowania leków hormonalnych grupy L02, immunostymulujących grupy L03 oraz immunosupresyjnych grupy L04 klasyfikacji ATC w leczeniu nowotworu)	100%
3	hormonoterapia	farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby	50%
4	immunoterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na stymulowaniu układu immunologicznego (odpornościowego) w celu zwalczania komórek nowotworowych	100%
5	radioterapia	metoda leczenia choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego	100%

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1458. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia określony w Tabeli 38, w zależności od rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego; i

2) na podstawie maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego onkologicznego dziecka.

1459. Jeśli z powodu tej samej choroby lub następstw tego samego nieszczęśliwego wypadku spełnione są definicje dwóch lub więcej leczeń specjalistycznych onkologicznych wskazanych w Tabeli 38 – wypłacimy za te leczenia specjalistyczne onkologiczne należne świadczenia. Łączna kwota wypłaconych świadczeń nie może przekroczyć 100% kwoty świadczenia, aktualnej na dzień rozpoczęcia leczenia specjalistycznego onkologicznego dziecka.

1460. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1461. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1462. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1463. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne onkologiczne Twojego dziecka będzie spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
10) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1464. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli leczenie specjalistyczne onkologiczne dziecka nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
3) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV z wyjątkiem poważnego zachorowania: zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych lub zakażenia HIV w wyniku transfuzji krwi, które obejmujemy ochroną; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

1465. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego onkologicznego dziecka, jeśli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował leczenie specjalistyczne był następstwem:

1) prowadzenia przez Twoje dziecko pojazdu bez uprawnień; lub
2) uczestnictwa Twojego dziecka w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywaniach do nich; lub
3) tego, że Twoje dziecko było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
4) zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

1466. Nasza odpowiedzialność w zakresie danego rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego kończy się z chwilą wypłaty świadczenia z tytułu tego rodzaju leczenia specjalistycznego onkologicznego dziecka.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1467. Do wypłaty świadczenia w przypadku leczenia specjalistycznego onkologicznego Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza leczenie specjalistyczne dziecka (np. karta informacyjna z leczenia szpitalnego);

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1468. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1469. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1470. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 86. Operacja chirurgiczna dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1471. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie operacji chirurgicznej Twojego dziecka, która wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności, w wariancie wybranym przez ubezpieczającego (Tabela 39 albo Tabela 40).

1472. Nasza odpowiedzialność dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych, które określamy w Załączniku 3 i 4 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

1473. W przypadku operacji chirurgicznych Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku ochroną obejmujemy wyłącznie operacje chirurgiczne, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) operacja chirurgiczna nastąpi w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

2) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a operacją chirurgiczną musi istnieć związek przyczynowy.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1474. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z określoną w umowie – Tabelą 39 albo 40;

2) w zależności od grupy operacji chirurgicznej i maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej.

Tabela 39. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna dziecka – 3 grupy

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	60%
Grupa 3	20%

Tabela 40. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna dziecka – 5 grup

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	75%
Grupa 3	50%
Grupa 4	25%
Grupa 5	10%

1475. Jeśli podczas jednego zabiegu Twoje dziecko zostanie poddane kilku operacjom chirurgicznym, które dotyczą tego samego narządu lub układu – to wypłacimy świadczenie tylko za tę operację chirurgiczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie.

1476. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, wypłacimy sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną Twojego dziecka – jednak nie więcej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1477. Suma świadczeń możliwych do wypłaty Tobie za dany rok polisowy nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1478. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1479. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1480. W przypadku podwyższenia maksymalnej kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu operacji chirurgicznej Twojego dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w maksymalnej kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1481. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie operacje chirurgiczne dziecka, jeśli będą następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1482. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego dziecka będą spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu, lub
7) prowadziło pojazd bez uprawnień; lub
8) nie stosowało się do zaleceń lekarskich wskazanych w dokumentacji medycznej; lub
9) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
10) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1483. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego dziecka wystąpią na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

1484. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego dziecka, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Twoje dziecko zostało poddane operacji chirurgicznej był następstwem zaburzeń psychicznych Twojego dziecka.

1485. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego dziecka, jeśli w karcie leczenia szpitalnego jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną

1486. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznej Twojego dziecka i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej, która jest:

1) kolejną operacją chirurgiczną lub kolejnym etapem leczenia tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłaciliśmy świadczenie; tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy po 30 dniach od wykonania wcześniejszej operacji chirurgicznej lub zakończenia wcześniejszego etapu leczenia; lub
2) kolejną operacją chirurgiczną wykonywaną w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, która ma związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

1487. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznej i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej Twojego dziecka, która ma na celu:

1) leczenie wady wrodzonej lub jej następstw; lub
2) leczenie lub zabiegi dentystyczne (w tym wszczepienie implantu), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym Twoje dziecko dozna także uszkodzeń innych narządów lub części ciała; lub
3) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała; lub
4) chirurgię plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub
5) laserową korektę wady wzroku; lub
6) korektę płci; lub
7) antykoncepcję; lub
8) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej; lub
9) przeprowadzenie jednego z następujących zabiegów ginekologicznych:
   a) wyłyżeczkowanie kanału szyjki i jamy macicy,
   b) założenie szwu okrężnego na szyjkę macicy,
   c) usunięcie polipa z szyjki macicy,
   d) nacięcie gruczołu Bartholina,
   e) cesarskie cięcie,
   f) nacięcie i szycie krocza przy porodzie.

1488. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznej Twojego dziecka i nie wypłacimy świadczenia, jeśli lekarz zlecił operację przed dniem rozpoczęcia naszej odpowiedzialności.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1489. Do wypłaty świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza operację chirurgiczną dziecka;

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1490. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1491. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1492. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 87. Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1493. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie operacji chirurgicznej Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności, w wariancie wybranym przez ubezpieczającego (Tabela 41 albo Tabela 42) oraz jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) operacja chirurgiczna w wyniku nieszczęśliwego wypadku wydarzy się w czasie ochrony;

2) operacja chirurgiczna nastąpi w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;

3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a operacją chirurgiczną musi istnieć związek przyczynowy.

1494. Nasza odpowiedzialność dotyczy wyłącznie operacji chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku Twojego dziecka, które określiliśmy w Załączniku 3 i 4 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1495. Wysokość świadczenia ustalamy:

1) jako procent maksymalnej kwoty świadczenia, zgodnie z określoną w umowie – Tabelą 41 albo 42;

2) w zależności od grupy operacji chirurgicznej i maksymalnej kwoty świadczenia, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej.

Tabela 41. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3 grupy

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	60%
Grupa 3	20%

Tabela 42. Grupy operacji chirurgicznych i procent maksymalnej kwoty świadczenia w ubezpieczeniu operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5 grup

Grupa operacji chirurgicznej	Procent maksymalnej kwoty świadczenia
Grupa 1	100%
Grupa 2	75%
Grupa 3	50%
Grupa 4	25%
Grupa 5	10%

1496. Jeśli podczas jednego zabiegu Twoje dziecko zostanie poddane kilku operacjom chirurgicznym, które dotyczą tego samego narządu lub układu – to wypłacimy świadczenie tylko za tę operację chirurgiczną, za którą należne jest najwyższe świadczenie.

1497. W przypadku wykonania w okresie jednego pobytu w szpitalu kilku operacji chirurgicznych, które nie pozostają ze sobą w związku, wypłacimy sumę kwot należnych za każdą operację chirurgiczną – jednak nie więcej niż 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1498. Suma świadczeń możliwych do wypłaty za dany rok polisowy nie może przekroczyć 100% maksymalnej kwoty świadczenia.

1499. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1500. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego dziecka będą spowodowane tym, że dziecko:

1) brało czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) próbowało popełnić samobójstwo; lub
3) celowo uszkodziło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
4) popełniło albo próbowało popełnić przestępstwo z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) działało w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
6) doznało uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu; lub
7) brało udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało się do nich; lub
8) było członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1501. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli operacje chirurgiczne Twojego dziecka wystąpią na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie.

1502. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego dziecka, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego dziecko zostało poddane operacji chirurgicznej był następstwem zaburzeń psychicznych dziecka.

1503. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznych Twojego dziecka, jeśli w karcie leczenia szpitalnego jako choroba zasadnicza, współistniejąca lub powikłanie, zostały wskazane:

1) zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS); lub
2) zakażenie wirusem HIV; lub
3) choroba wynikająca z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu).

Jakich operacji chirurgicznych nie obejmujemy ochroną

1504. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznej Twojego dziecka i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej, która jest:

1) kolejną operacją chirurgiczną lub kolejnym etapem leczenia tej samej jednostki chorobowej, za którą wypłaciliśmy świadczenie; tego ograniczenia odpowiedzialności nie stosujemy po 30 dniach od wykonania wcześniejszej operacji chirurgicznej lub zakończenia wcześniejszego etapu leczenia; lub

2) kolejną operacją chirurgiczną wykonywaną w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, która ma związek z operacją wykonaną wcześniej (reoperacje).

1505. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznej Twojego dziecka i nie wypłacimy świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej, która ma na celu:

1) leczenie lub zabiegi dentystyczne (w tym wszczepienie implantu), chyba że wynikają z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku, w którym Twoje dziecko dozna uszkodzeń także innych narządów lub części ciała; lub

2) lecznicze punkcje narządów wewnętrznych i jam ciała; lub

3) chirurgię plastyczno-kosmetyczną, która nie jest związana z leczeniem oszpeceń lub okaleczeń, które powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub

4) laserową korektę wady wzroku; lub

5) leczenie rany skóry lub tkanki podskórnej.

1506. Ochroną nie obejmujemy operacji chirurgicznej Twojego dziecka i nie wypłacimy świadczenia, jeśli lekarz zlecił operację przed dniem rozpoczęcia naszej odpowiedzialności.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1507. Do wypłaty świadczenia w przypadku operacji chirurgicznej w wyniku nieszczęśliwego wypadku Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza operację chirurgiczną dziecka;

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy).

1508. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1509. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1510. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 88. Powikłania pooperacyjne dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1511. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie powikłania pooperacyjnego Twojego dziecka, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności:

1) po operacji chirurgicznej dziecka; lub

2) po operacji chirurgicznej dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1512. Rodzaje operacji i powikłań pooperacyjnych w ubezpieczeniu powikłania pooperacyjnego dziecka określiliśmy w Załączniku 5 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1513. Wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia powikłania pooperacyjnego.

1514. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za powikłanie pooperacyjne związane z daną operacją chirurgiczną.

1515. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1516. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu powikłania pooperacyjnego Twojego dziecka, jeśli nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej Twojego dziecka lub operacji chirurgicznej Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1517. Do wypłaty świadczenia w przypadku powikłania pooperacyjnego Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) dokumentacji medycznej, która potwierdza powikłanie pooperacyjne dziecka;

3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową.

1518. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1519. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1520. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 89. Powikłania pooperacyjne dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1521. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie powikłania pooperacyjnego Twojego dziecka, które wystąpi w czasie naszej odpowiedzialności po operacji chirurgicznej dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1522. Rodzaje operacji i powikłań pooperacyjnych w ubezpieczeniu powikłania pooperacyjne dziecka określiliśmy w Załączniku 5 do Warunków ERGO Życie w Biznesie.

Jak ustalamy wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1523. Wypłacimy świadczenie jednorazowe w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień wystąpienia powikłania pooperacyjnego.

1524. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za powikłanie pooperacyjne związane z daną operacją chirurgiczną w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1525. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1526. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu powikłania pooperacyjnego Twojego dziecka, jeśli nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji chirurgicznej Twojego dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1527. Do wypłaty świadczenia w przypadku powikłania pooperacyjnego Twojego dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza powikłanie pooperacyjne dziecka;
3) zgody dziecka (a w przypadku niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego) na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia w celu obsługi roszczenia z tytułu jego zachorowania i wypłaty Tobie świadczeń zgodnie z umową.

1528. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1529. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1530. Aby wypełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 90. Osierocenie dziecka w wyniku zgonu ubezpieczonego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1531. Ochroną obejmujemy zdarzenie w razie osierocenia dziecka w wyniku Twojego zgonu w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1532. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień Twojego zgonu.

1533. Świadczenie wypłacimy każdemu Twojemu dziecku.

Kiedy stosujemy karencję

1534. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1535. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu osierocenia Twojego dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1536. W okresie karencji nasza odpowiedzialność obejmuje wyłącznie osierocenie Twojego dziecka, które jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1537. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu osierocenia dziecka w wyniku Twojego zgonu w następstwie:

1) samobójstwa popełnionego przez Ciebie w okresie pierwszych 6 miesięcy od objęcia ochroną;
2) Twojego czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
4) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez Ciebie przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) umyślnego przyczynienia się dziecka do Twojego zgonu.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1538. Do wypłaty świadczenia w przypadku osierocenia dziecka w wyniku zgonu ubezpieczonego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia dziecka lub przedstawiciela ustawowego dziecka ubezpieczonego;
2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;
5) odpisu skróconego nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka – w przypadku dziecka przysposobionego;
6) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka oraz aktu małżeństwa ubezpieczonego i ojca lub matki dziecka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim – w przypadku dziecka będącego pasierbem.

1539. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1540. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1541. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 91. Osierocenie dziecka wskutek zgonu obojga jego rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1542. Ochroną obejmujemy zdarzenie w razie osierocenia dziecka w następstwie jednoczesnego zgonu obojga jego rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku. W tym ubezpieczeniu przez rodziców rozumiemy Ciebie oraz drugiego rodzica dziecka.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1543. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu obojga rodziców.

1544. Świadczenie wypłacimy każdemu Twojemu dziecku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1545. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia z tytułu osierocenia dziecka wskutek zgonu obojga jego rodziców, jeśli zgon obojga rodziców nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) samobójstwa popełnionego przez obojga rodziców w okresie pierwszych 6 miesięcy od objęcia ochroną; lub
3) czynnego udziału jednego z rodziców w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
4) popełnienia albo usiłowania popełnienia przestępstwa przez jednego z rodziców z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
5) umyślnego przyczynienia się dziecka do zgonu obojga rodziców.

1546. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon obojga rodziców będzie spowodowany tym, że jeden z rodziców lub oboje rodziców:

1) celowo uszkodził/ło własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego/ich prośbę; lub
2) działał/ło w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
3) prowadził/ło pojazd bez uprawnień; lub
4) brał/ło udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywało/li się do nich; lub
5) był/ło członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych.

1547. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon obojga rodziców w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi w wyniku:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych jednego lub obojga z rodziców.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1548. Do wypłaty świadczenia w przypadku osierocenia dziecka w wyniku zgonu obojga rodziców potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia dziecka lub przedstawiciela ustawowego dziecka ubezpieczonego;

2) skróconego odpisu aktu zgonu ubezpieczonego oraz drugiego rodzica;

3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;

4) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;

5) odpisu skróconego nowego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka – w przypadku dziecka przysposobionego;

6) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka oraz aktu małżeństwa ubezpieczonego i ojca lub matki dziecka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim – w przypadku dziecka będącego pasierbem.

1549. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1550. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1551. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 92. Urodzenie się dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1552. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie urodzenia się dziecka, jeśli urodzi się żywe, w czasie naszej odpowiedzialności, dla którego w akcie urodzenia jesteś wskazany jako rodzic.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1553. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień urodzenia się dziecka.

1554. Świadczenie jest należne jest za każde dziecko żywo urodzone w okresie ochrony.

1555. Świadczenie jest należne również w przypadku przysposobienia pełnego, o ile nastąpi w okresie ochrony.

1556. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1557. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1558. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu urodzenia się dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1559. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli dziecko zmarło w dniu narodzin.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1560. Do wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia się Tobie dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu urodzenia się dziecka.

1561. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1562. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 93. Urodzenie się dzieci wskutek ciąży mnogiej

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1563. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej, jeśli urodzą się żywe, w czasie naszej odpowiedzialności, dla których w aktach urodzenia jesteś wskazany jako rodzic.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1564. Wypłacimy świadczenie z tytułu urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień urodzenia się dzieci.

1565. Świadczenie wypłacimy niezależnie od świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka.

1566. Świadczenie przysługuje bez względu na liczbę żywo urodzonych dzieci.

1567. Świadczenie jest należne również w przypadku jednoczesnego pełnego przysposobienia więcej niż jednego dziecka, o ile nastąpi w okresie ochrony.

1568. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1569. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1570. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1571. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli dzieci zmarły w dniu narodzin.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1572. Do wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia się dzieci wskutek ciąży mnogiej potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu urodzenia się dzieci.

1573. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1574. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 94. Urodzenie martwego noworodka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1575. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie urodzenia się martwego noworodka, w czasie naszej odpowiedzialności, które nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, jeśli:

1) urodzenie zostało zarejestrowane w Urzędzie Stanu Cywilnego, a Tobie został wydany akt urodzenia z adnotacją, że jesteś rodzicem dziecka oraz że dziecko urodziło się martwe; lub

2) zostało Tobie wydane zaświadczenie o martwym urodzeniu na podstawie dokumentacji medycznej przez lekarza, który ma tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położną

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1576. Wypłacimy świadczenie z tytułu urodzenia martwego noworodka w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień urodzenia martwego noworodka.

1577. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1578. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1579. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Ciebie ochroną ubezpieczeniową z tytułu urodzenia martwego noworodka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1580. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli:

1) urodzenie się martwego noworodka nastąpiło przed upływem 22. tygodnia ciąży; lub

2) nie został wydany Tobie akt urodzenia przez Urząd Stanu Cywilnego z adnotacją, że dziecko urodziło się martwe i w którym nie zostałeś wskazany jako rodzic lub nie zostało Tobie wydane zaświadczenie o martwym urodzeniu na podstawie dokumentacji medycznej przez lekarza, który ma tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położną.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1581. Do wypłaty świadczenia w przypadku urodzenia martwego noworodka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu urodzenia martwego noworodka przez Urząd Stanu Cywilnego, w którym zostałeś wskazany jako rodzic lub zaświadczenia o martwym urodzeniu na podstawie dokumentacji medycznej wydanego przez lekarza, który ma tytuł specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii, lub lekarza w trakcie odbywania specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub położną;

3) dokumentów potwierdzających tydzień ciąży, w którym nastąpiło urodzenie się martwego noworodka.

1582. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1583. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 95. Wada wrodzona dziecka

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1584. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie wady wrodzonej dziecka, jeśli są spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wada wrodzona powstała w okresie zarodkowym lub płodowym i kwalifikuje się w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, lub aktualnej wersji tego dokumentu obowiązującej na dzień zawarcia umowy, jako Q00-Q99;
2) leczenie wady wrodzonej zostało rozpoczęte przed ukończeniem przez dziecko trzeciego roku życia;
3) rozpoznanie wady wrodzonej nastąpiło w czasie naszej odpowiedzialności i jest potwierdzone dokumentacją medyczną.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1585. Wypłacimy świadczenie z tytułu wady wrodzonej dziecka w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień rozpoznania wady wrodzonej dziecka.

1586. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1587. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1588. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu wady wrodzonej dziecka w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1589. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wada wrodzona dziecka dotyczy: dzieci przysposobionych przez Ciebie, jak również jeśli dotyczy Twoich pasierbów.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1590. Do wypłaty świadczenia w przypadku wada wrodzona dziecka potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) dokumentacji medycznej, która potwierdza wadę wrodzoną dziecka.

1591. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1592. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1593. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 96. Zgon rodzica

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1594. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego rodzica w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1595. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu rodzica.

1596. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1597. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1598. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu rodzica w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1599. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za zgon rodzica, który nastąpi w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1600. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego rodzica nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) czynnego udziału rodzica w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez rodzica przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu rodzica.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1601. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego rodzica potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu rodzica;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji, dokumenty z udzielenia pierwszej pomocy) – o ile dotyczy.

1602. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1603. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1604. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 97. Zgon rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1605. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) rodzic umrze w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku;
3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1606. Wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1607. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1608. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego wystąpi zgon Twojego rodzica nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez rodzica przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu rodzica.

1609. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego wystąpi zgon Twojego rodzica będzie spowodowany tym, że rodzic:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
3) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
5) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
6) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
7) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1610. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi na skutek:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych rodzica.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1611. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego rodzica w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu rodzica;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji).

1612. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1613. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1614. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 98. Zgon rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1615. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu Twojego rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek komunikacyjny wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) rodzic umrze w ciągu 180 dni od wypadku komunikacyjnego;
3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1616. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu Twojego rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego.

1617. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1618. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpi zgon Twojego rodzica wystąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez rodzica przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu rodzica.

1619. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpi zgon Twojego rodzica będzie spowodowany tym, że rodzic:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub

2) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
3) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
5) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
6) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
7) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z wypadkiem komunikacyjnym.

1620. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon Twojego rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego wystąpi na skutek:
1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych rodzica.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1621. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu Twojego rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:
1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu rodzica;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji).

1622. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1623. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1624. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 99. Zgon rodzica małżonka albo partnera

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1625. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w czasie naszej odpowiedzialności.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1626. Wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanej w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera.

1627. Świadczenie wypłacimy Tobie.

Kiedy stosujemy karencję

1628. Jeśli w tym ubezpieczeniu zastosujemy karencję, to wskażemy ją w polisie i w certyfikacie.

1629. W przypadku podwyższenia kwoty świadczenia w trakcie obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w okresie pierwszych 6 miesięcy od zmiany – odpowiadamy w kwocie świadczenia, która obowiązywała przed datą tej zmiany.

1630. W okresie karencji odpowiadamy wyłącznie za zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera, który nastąpi w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1631. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego wystąpi zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) czynnego udziału rodzica Twojego małżonka albo partnera w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
3) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez rodzica Twojego małżonka albo partnera przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
4) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1632. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności zdarzenia, jak również nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji) – o ile dotyczy.

1633. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1634. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1635. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 100. Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1636. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) rodzic małżonka albo partnera umrze w ciągu 180 dni od tego wypadku;
3) pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem, a zgonem rodzica małżonka albo partnera musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1637. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu rodzica małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

1638. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1639. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego wystąpi zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez rodzica Twojego małżonka albo partnera przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera.

1640. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego wystąpi zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowany tym, że rodzic:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
3) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
5) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
6) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
7) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1641. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku wystąpi na skutek:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych rodzica Twojego małżonka albo partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1642. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;
2) skróconego odpisu aktu zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera;
3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;
4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji).

1643. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1644. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1645. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 101. Zgon rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Jakie zdarzenia obejmujemy ochroną

1646. Ochroną obejmujemy zdarzenie w Twoim życiu w razie zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego, jeśli zostaną spełnione wszystkie poniższe warunki:

1) wypadek komunikacyjny wydarzy się w czasie naszej odpowiedzialności;
2) rodzic małżonka albo partnera umrze w ciągu 180 dni od wypadku komunikacyjnego;
3) pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym, a zgonem musi istnieć związek przyczynowy.

Jaka jest wysokość świadczenia i komu je wypłacimy

1647. Wypłacimy świadczenie w wysokości, którą wskazujemy w polisie i w certyfikacie, aktualnej na dzień zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

1648. Świadczenie wypłacimy Tobie.

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia

1649. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek, w wyniku którego wystąpi zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera nastąpi na skutek:

1) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych; lub
2) popełnienia albo usiłowania popełnienia przez rodzica Twojego męża albo partnera przestępstwa z winy umyślnej, co zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu; lub
3) Twojego umyślnego przyczynienia się do zgonu rodzica Twojego męża albo partnera.

1650. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli wypadek komunikacyjny w wyniku, którego wystąpi zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera będzie spowodowany tym, że rodzic:

1) brał czynny udział w aktach przemocy lub terroryzmu; lub
2) celowo uszkodził własne ciało lub uszkodzenie to nastąpiło na jego prośbę; lub
3) działał w stanie po spożyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających lub substancji psychotropowych, niezaleconych przez lekarza; lub
4) prowadził pojazd bez uprawnień; lub
5) brał udział w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o wysokim stopniu ryzyka lub przygotowywał się do nich; lub
6) był członkiem załogi lub pasażerem samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych; lub
7) doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia podczas leczenia, które nie było związane z nieszczęśliwym wypadkiem.

1651. Nie udzielamy ochrony i nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgon rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego wystąpi na skutek:

1) katastrof, które spowodowały skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie; lub
2) zaburzeń psychicznych rodzica Twojego małżonka albo partnera.

Jakich dokumentów i czego wymagamy do wypłaty świadczenia

1652. Do wypłaty świadczenia w przypadku zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego potrzebujemy:

1) zgłoszenia roszczenia;

2) skróconego odpisu aktu zgonu rodzica Twojego małżonka albo partnera;

3) karty zgonu z podaną przyczyną zgonu lub zaświadczenia, które stwierdza przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub organy do tego upoważnione;

4) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności wypadku komunikacyjnego (np. notatka urzędowa z policji).

1653. Aby ustalić naszą odpowiedzialność lub wysokość świadczenia możemy wymagać również innych dokumentów – jeśli będą niezbędne.

1654. Przed wypłatą świadczenia będziemy weryfikować tożsamość osoby uprawnionej do jego otrzymania.

1655. Aby spełnić obowiązki, które wynikają z Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, możemy wymagać przedstawienia dodatkowych dokumentów lub informacji.

Rozdział 102. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

Jakie są warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

1656. Możesz zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, jeśli przestałeś być pracownikiem ubezpieczającego – pod warunkiem, że byłeś ubezpieczony przez co najmniej 6 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki byłeś ubezpieczony w poprzedniej umowie ubezpieczenia grupowego).

1657. Ubezpieczonemu małżonkowi oraz dziecku przysługuje prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na warunkach wskazanych w umowie, jeśli:

1) zmarł ubezpieczony pracownik, którego małżonek lub dziecko jest objęte ubezpieczeniem, albo

2) ubezpieczony pracownik zawarł umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

1658. Umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawieramy na podstawie ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, które obowiązują w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

1659. Możemy objąć Cię umową indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia z zastosowaniem składki, która obowiązywała Cię w ostatnim dniu obowiązywania ochrony w ramach umowy, jeśli ubezpieczający złoży wniosek przed zawarciem tej umowy. Zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, w tym zakres naszej odpowiedzialności, wysokości świadczeń ubezpieczeniowych oraz wysokość składki wynikają z:

1) ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, obowiązujących w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia;

2) pakietu świadczeń opisanego w ogólnych warunków indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, obowiązujących w dniu składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i wskazanego w umowie;

3) taryfy ubezpieczeniowej indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, aktualnej w dacie składania wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

1660. Zasady indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być odmienne od zasad obowiązujących w umowie.

1661. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia musi złożyć wniosek o zawarcie tej umowy i wpłacić pierwszą składkę, nie później niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka w ramach umowy.

1662. Datą złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest data, w którym go otrzymaliśmy lub otrzymał go nasz przedstawiciel.

Rozdział 103. Postanowienia końcowe

Kiedy wchodzą w życie Warunki ERGO Życie w Biznesie

1663. Warunki ERGO Życie w Biznesie wchodzą w życie 22 grudnia 2025 roku i są stosowane do umów, które zawieramy od tego dnia.

Jakie są załączniki do Warunków ERGO Życie w Biznesie

1664. Załącznikami, które stanowią integralną cześć Warunków Ubezpieczenia ERGO Życie w Biznesie są:

1) Załącznik 1 – Definicje poważnych zachorowań;
2) Załącznik 2 – Tabela uszczerbków na zdrowiu;
3) Załącznik 3 – Operacje chirurgiczne 3 podgrupy;
4) Załącznik 4 – Operacje chirurgiczne 5 podgrup;
5) Załącznik 5 – Powikłania pooperacyjne;
6) Załącznik 6 – Informacja o przetwarzaniu danych osobowych;
7) Załącznik 7 – Informacja o osobie zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Prezes Zarządu **Wiceprezes Zarządu**

Artur Borowiński **Adam Roman**

Załącznik 1
Definicje poważnych zachorowań

1. W Załączniku 1 określiliśmy definicje poważnych zachorowań, które możemy objąć ochroną w ubezpieczeniu:
   1) Poważne zachorowanie ubezpieczonego;
   2) Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę nowotworową;
   3) Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę układu krążenia;
   4) Poważne zachorowanie ubezpieczonego na chorobę zakaźną;
   5) Poważne zachorowanie małżonka albo partnera;
   6) Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę nowotworową;
   7) Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę układu krążenia;
   8) Poważne zachorowanie małżonka albo partnera na chorobę zakaźną;
   9) Poważne zachorowanie dziecka;
   10) Poważne zachorowanie dziecka na chorobę nowotworową;
   11) Poważne zachorowanie dziecka na chorobę zakaźną.

Pojęcia, których używamy przyjmują określone poniżej znaczenie.

Lp.	Pojęcie	Definicja
1	angioplastyka wieńcowa	taka angioplastyka wieńcowa, która oznacza pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej

Lp.	Pojęcie	Definicja
2	bakteryjne zapalenie opon mózgowych	takie bakteryjne zapalenie opon mózgowych rozpoznane jednoznacznie w trakcie pobytu szpitalnego, które oznacza zapalenie błon otaczających mózgowie lub rdzeń kręgowy wywołane przez bakterie. Choroba musi skutkować powstaniem trwałych ubytków neurologicznych ze stale utrzymującymi się objawami klinicznymi, takimi jak: 1) drętwienie; 2) przeczulica (zwiększoną wrażliwość); 3) porażenie; 4) miejscowe osłabienie siły mięśniowej; 5) dyzartria (trudności z mową); 6) afazja (niemożność mówienia); 7) dysfagia (trudności w połykaniu); 8) zaburzenia widzenia; 9) trudności w chodzeniu; 10) brak koordynacji ruchowej; 11) drżenie; 12) drgawki; 13) letarg; 14) demencja; 15) delirium; 16) śpiączka; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) nieprawidłowości (zmiany) widoczne na badaniach obrazowych mózgu bez występowania wyraźnych objawów klinicznych; 2) objawy zaburzeń psychicznych; 3) wszystkie inne formy zapalenia opon mózgowych inne niż wywołane infekcją bakteryjną; stale utrzymującymi się objawami klinicznymi są zaburzenia układu nerwowego, które występowały w trakcie badania klinicznego i które są nieodwracalne, co oznacza że będą utrzymywać się w przewidywalnej przyszłości, zgodnie z opinią lekarza wykonującego badanie lub lekarza orzecznika
3	bakteryjne zapalenie wsierdzia	takie bakteryjne zapalenie wsierdzia, które oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby (ubezpieczonego oraz małżonka albo partnera) z własnymi zastawkami serca, wymagające hospitalizacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłączamy przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, z wszczepionym stymulatorem lub kardiowerterem, po operacji serca
4	bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, który jest operacyjnie leczony	taka operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, która polega na usunięciu torbieli bąblowcowej spowodowanej tasiemcem z rodzaju Echinococcus; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym
5	całkowita utrata mowy	taka utrata mowy, która oznacza trwałą i nieodwracalną utratę mowy w wyniku wypadku lub choroby. Utrata umiejętności mówienia musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej dwunastu miesięcy. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgodnie z wiedzą medyczną jakiekolwiek urządzenie, implant, leczenie lub inna pomoc może spowodować częściowe lub całkowite przywrócenie mowy. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są następstwa zaburzeń psychicznych

Lp.	Pojęcie	Definicja
6	całkowita utrata słuchu	taka utrata słuchu, która oznacza trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w obu uszach w odniesieniu do wszystkich bodźców akustycznych do 80 decybeli na wszystkich częstotliwościach, w wyniku wypadku lub choroby. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (otologa, otolaryngologa). Nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgodnie z wiedzą medyczną jakiekolwiek urządzenie, implant, leczenie lub inna pomoc może poprawić zdolność słyszenia, w postaci odbioru bodźców akustycznych do 80 decybeli
7	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	taka utrata słuchu w jednym uchu, która oznacza trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu w odniesieniu do wszystkich bodźców akustycznych do 80 decybeli na wszystkich częstotliwościach, w wyniku wypadku lub choroby. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (otologa, otolaryngologa). Nie wypłacimy świadczenia, jeśli zgodnie z wiedzą medyczną jakiekolwiek urządzenie, implant, leczenie lub inna pomoc może poprawić zdolność słyszenia w danym uchu, w postaci odbioru bodźców akustycznych do 80 decybeli
8	całkowita utrata wzroku	taka utrata wzroku, która oznacza potwierdzone klinicznie nieodwracalne, znaczne lub całkowite zaburzenie widzenia w obu oczach w wyniku choroby lub wypadku, pod warunkiem, że skorygowana ostrość wzroku lepszego oka jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20° w każdym oku. Rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (okulistę). Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli jakiekolwiek urządzenie, implant, leczenie lub inna pomoc może spowodować częściowe lub całkowite przywrócenie wzroku
9	całkowita utrata wzroku w jednym oku	taka utrata wzroku w jednym oku, która oznacza potwierdzone klinicznie nieodwracalne, znaczne lub całkowite zaburzenie widzenia w jednym oku w wyniku choroby lub wypadku, pod warunkiem, że skorygowana ostrość wzroku lepszego oka jest mniejsza niż 6/60 lub utrzymuje się ograniczenie pola widzenia do mniej niż 20° w każdym oku. Rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (okulistę). Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli jakiekolwiek urządzenie, implant, leczenie lub inna pomoc może spowodować częściowe lub całkowite przywrócenie wzroku w danym oku
10	chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej	takie chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej, która jest operacją chirurgiczną w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej metodą endarteriektomii tętnicy szyjnej (usunięcie blaszek miażdżycowych z tętnic szyjnych); zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, tj. angioplastyki, ani innych zabiegów wykonywanych przez tętnicę obwodową
11	cholera	taką cholerę, która jest wywołana przez przecinkowce cholery (Vibrio cholerae), potwierdzoną charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego
12	choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)	zoonoza pasożytnicza, którą wywołuje Trypanosoma Cruzi; rozpoznanie potwierdza lekarza chorób zakaźnych lub neurolog na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych

Lp.	Pojęcie	Definicja
13	choroba Creutzfeldta-Jakoba	taka choroba Creutzfeldta-Jakoba, która oznacza encefalopatię gąbczastą z objawami dysfunkcji mózgu z ciężką postępującą demencją, niekontrolowanymi skurczami mięśni, drżeniem i atetozą. Warunkiem wypłaty świadczenia jest jednoznaczne rozpoznanie choroby potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa). W przypadku uzasadnionych możemy skierować ubezpieczonego, małżonka albo partnera do lekarza specjalisty (neurologa) w celu potwierdzenia rozpoznania choroby. Z zakresu ochrony wyłączone są encefalopatie gąbczaste innego pochodzenia
14	choroba Crohna	taka choroba Crohna, która oznacza chorobę ogólnoustrojową obejmującą głównie przewód pokarmowy powodującą nawracającą i uporczywą biegunkę, często z krwią i śluzem. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) choroba doprowadziła do powstania przetok jelitowych; 2) choroba doprowadziła do niedrożności jelita cienkiego, perforacji jelita, wytworzenia sztucznego ujścia jelita lub powstania wtórnej amyloidozy; rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikami badań histopatologicznych
15	choroba Heinego-Medina	taka choroba Heinego-Medina, która oznacza zakażenie wirusem polio prowadzące do porażenia mięśni kończyn lub dróg oddechowych, pod warunkiem że porażenia te utrzymywały się przez okres co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa)
16	choroba Parkinsona	taka choroba Parkinsona, która oznacza powoli postępującą zwyrodnieniową chorobę ośrodkowego układu nerwowego spowodowaną pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich wymienionych poniżej warunków: 1) końcowe rozpoznanie idiopatycznej choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa lub geriatrę); 2) musi występować trwałe kliniczne upośledzenie funkcji motorycznych z towarzyszącym drżeniem lub sztywnością mięśni; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: a) parkinsonizm; b) inne zespoły parkinsonowskie
17	choroba wywołana przez wirus Ebola	taka gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Ebola; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych
18	choroba wywołana przez wirus Marburg	taka gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Marburg; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych

Lp.	Pojęcie	Definicja
19	ciężka postać reumatoidalnego zapalenia stawów	taka ciężka postać reumatoidalnego zapalenia stawów, która oznacza przewlekłą zapalną chorobę układową, obejmującą głównie stawy. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) choroba musi powodować trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie; 2) ubezpieczony, małżonek lub partner otrzymywał optymalne leczenie za pomocą leków modyfikujących przebieg choroby (w tym leków biologicznych, jeśli wskazano) przez okres co najmniej trzech miesięcy; 3) rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (reumatologa)
20	ciężki uraz głowy	taki ciężki uraz głowy, który oznacza martwicę tkanki mózgowej powstałą w wyniku urazu. Choroba musi skutkować powstaniem trwałych ubytków neurologicznych ze stale utrzymującymi się objawami klinicznymi, takimi jak: 1) drętwienie; 2) przeczulica (zwiększoną wrażliwość); 3) porażenie,; 4) miejscowe osłabienie siły mięśniowej; 5) dyzartria (trudności z mową); 6) afazja (niemożność mówienia); 7) dysfagia (trudności w połykaniu); 8) zaburzenia widzenia; 9) trudności w chodzeniu; 10) brak koordynacji ruchowej; 11) drżenie; 12) drgawki; 13) letarg; 14) demencja; 15) delirium; 16) śpiączka; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) nieprawidłowości (zmiany) widoczne na badaniach obrazowych mózgu bez występowania wyraźnych objawów klinicznych; 2) objawy zaburzeń psychicznych; stale utrzymującymi się objawami klinicznymi są zaburzenia układu nerwowego, które występowały w trakcie badania klinicznego i które są nieodwracalne, co oznacza, że będą utrzymywać się w przewidywalnej przyszłości, zgodnie z opinią lekarza wykonującego badanie lub lekarza orzecznika
21	ciężki wstrząs anafilaktyczny	taki ciężki wstrząs anafilaktyczny, który oznacza jednoznacznie rozpoznaną ostrą reakcję alergiczną po ukąszeniu przez owada, która wymaga hospitalizacji
22	cukrzyca typu I	taka cukrzyca typu I, która oznacza przewlekłe zaburzenie metabolizmu węglowodanów, tłuszczów i białek wynikające z niedoboru insuliny. Rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (diabetologa) wraz z dowodem na konieczność przyjmowania przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecko insuliny egzogennej przez okres co najmniej trzech miesięcy

Lp.	Pojęcie	Definicja
23	dur brzuszny	taki dur brzuszny, który wywoływany jest przez pałeczkę duru brzusznego Salmonella typhi potwierdzony charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa Salmonella typhi lub Salmonella paratyphi
24	filarioza	taka grupa tropikalnych chorób, które wywołują nicienie, powodujące niedrożność drobnych naczyń limfatycznych i krwionośnych, a w konsekwencji masywne obrzęki określane mianem słoniowacizny; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych lub chirurg na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych
25	gorączka denga	taką gorączkę denga, która wywołana jest wirusem dengi, przebiegającą z wysoką gorączką, bólami głowy, bólem pozagałkowym, bólami mięśni, bólami stawów, wysypką, krwotokami, leukopenią. Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych: izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów; wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR; wykryciem antygenów wirusa lub co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flaviwirusami
26	gorączka krwotoczna Chikungunya	taka gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Chikungunya; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych
27	gorączka Lassa	taka gorączka krwotoczna, którą wywołują arenawirusy; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych
28	gorączka Zachodniego Nilu	taka gorączka zachodniego Nilu, która wywołana jest wirusem zachodniego Nilu, przebiegającą z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym oraz odpowiednim poziomem przeciwciał klasy IgM
29	gruźlica	taką gruźlicę, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez prątki kwasooporne z grupy Mycobacterium tuberculosis complex rozpoznaną przez lekarza pulmonologa na podstawie objawów klinicznych, badań mikrobiologicznych (badania genetyczne, posiew, rozmaz lub hodowla na podłożu stałym), badań obrazowych (RTG lub CT klatki piersiowej), testów IGRA, wymagającą wdrożenia leczenia przeciwprątkowego. Wyłączeniu podlega gruźlica u osób: z infekcją HIV, nadużywających alkoholu, leczonych lekami immunosupresyjnymi
30	guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek	takie guzkowe zapalenie tętnic, które przebiega z niewydolnością nerek jednoznacznie rozpoznane przez reumatologa w oparciu o wynik badania histopatologicznego oraz ocenę czynności nerek; zakres ochrony nie obejmuje postaci skórnej choroby

Lp.	Pojęcie	Definicja
31	inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)	taka inwazyjna choroba pneumokokowa, która oznacza pierwotne zakażenie o dużym nasileniu objawów chorobowych wywołane przez pneumokoki (Streptococcus pneumoniae); występuje u dzieci, przebiega pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową obejmujemy przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie kości i szpiku, stawów, wsierdzia, osierdzia, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne, które pozostawiają trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; nie obejmujemy ubezpieczeniem zakażeń pneumokokowych o przebiegu lekkim, niepowikłanych lub niepozostawiających trwałych następstw oraz pourazowych wtórnych zakażeń pneumokokowych; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej, którą wydaje podmiot leczniczy prowadzący leczenie
32	kardiomiopatia	taka kardiomiopatia, która oznacza wyłącznie pierwotną postać choroby serca. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) ubezpieczony, małżonek albo partner zakwalifikowany został do klasy IV wg klasyfikacji NYHA z zaburzeniami oddechowymi w trakcie spoczynku; 2) badanie echokardiograficzne lub scyntygraficzne potwierdza, że w okresie co najmniej trzech miesięcy frakcja wyrzutowa lewej komory (EF) wynosiła mniej niż 30%; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wtórne uszkodzenie serca spowodowane nadciśnieniem tętniczym, chorobą wieńcową, wadami zastawek serca lub działaniem substancji toksycznych
33	kardiomiopatia takotsubo	taka kardiomiopatia takotsubo, która oznacza przejściowe zaburzenia kurczliwości ścian lewej komory serca ze wzrostem troponiny sercowej powyżej górnej granicy normy, bez istotnych hemodynamicznie zwężeń w tętnicach wieńcowych. Odpowiadamy wyłącznie za taką kardiomiopatię takotsubo, która wymagała hospitalizacji, a jej rozpoznanie potwierdza karta informacyjna leczenia szpitalnego. Za wystąpienie kardiomiopatii takotsubo uważa się jej zdiagnozowanie w okresie naszej ochrony
34	łagodny guz mózgu	taki łagodny guz mózgu, który: 1) powoduje konieczność poddania się operacji, w celu jego całkowitego usunięcia lub zmniejszenia; lub 2) jest leczony chemioterapią lub radioterapią; lub 3) osiągnął stopień zaawansowania, w którym możliwa jest tylko opieka paliatywna; świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone jeżeli istnienie łagodnego guza mózgu, zakwalifikowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako D32 (Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo--rdzeniowych) lub D33 (Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego), zostało potwierdzone za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI), tomografii komputerowej (CT) lub innych podobnych technik obrazowania; z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele, zmiany ziarniakowe, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwiaki, a także guzy przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego

Lp.	Pojęcie	Definicja
35	łagodny guz rdzenia kręgowego	taki łagodny guz rdzenia kręgowego, który: 1) powoduje konieczność poddania się operacji, w celu jego całkowitego usunięcia lub zmniejszenia; lub 2) jest leczony chemioterapią lub radioterapią; lub 3) osiągnął stopień zaawansowania, w którym możliwa jest tylko opieka paliatywna; świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone jeżeli istnienie łagodnego guza rdzenia kręgowego, zakwalifikowanego zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako D33 – Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego, zostało potwierdzone za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI), tomografii komputerowej (CT) lub innych podobnych technik obrazowania. Z zakresu ochrony wyłączone są naczyniaki
36	malaria	taka malaria, która wywołana jest przez pierwotniaka z gatunku Plasmodium, rozpoznaną na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzoną pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych, mikroskopowych, immunologicznych
37	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjne	taki masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, który oznacza stan chorobowy wymagający chirurgicznego usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub z prawej i/lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru
38	miastenia	taka miastenia, która oznacza nabyte autoimmunologiczne zaburzenie przewodnictwa nerwowomięśniowego prowadzące do osłabienia siły mięśniowej i zmęczenia. Warunkiem wypłaty świadczenia jest łączne spełnienie poniższych warunków: 1) występowanie osłabienia mięśni ciała klasyfikowanego co najmniej do Grupy III według klinicznego podziału miastenii; 2) zarówno rozpoznanie miastenii jak i przypisanie do odpowiedniej klasy muszą zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa)
39	mykobakterioza	taka mykobakterioza która jest wywoływana przez prątki niegruźlicze (Mycobacterium); rozpoznanie choroby o przebiegu podobnym do gruźlicy (najczęściej objawiającym się przewlekłym kaszlem, gorączką i osłabieniem) potwierdza pulmonolog na podstawie zgodności objawów klinicznych i wyniku badania mikrobiologicznego
40	nabyta niedokrwistość hemolityczna	taka choroba lub zatrucie, podczas których: 1) dochodzi do rozpadu erytrocytów; 2) pojawiają się objawy niedokrwistości lub żółtaczki; 3) w trakcie intensywnej hemolizy powiększa się śledziona i wątroba; 4) stężenie hemoglobiny wynosi poniżej 10 g/dl; Zakres ochrony obejmuje chorobę wyłącznie w postaci nabytej, którą spowodowały czynniki takie jak: zakażenia, choroby układowe oraz różne toksyny, w tym jad zwierząt; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ochrony nie obejmuje reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi

Lp.	Pojęcie	Definicja
41	neuroborelioza	taka neuroborelioza, która oznacza bakteryjną chorobę zakaźną przenoszoną przez kleszcze przebiegającą z następującymi objawami narządowymi: zmianami skórnymi w postaci rumienia, zapaleniem stawów i mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) wystąpienie konieczności leczenia szpitalnego; 2) zakażenie spowodowało powstanie ubytków neurologicznych powodujących trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie; 3) rozpoznanie neuroboreliozy musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych
42	niedokrwistość aplastyczna	taka niedokrwistość aplastyczna, która oznacza nieodwracalne uszkodzenie szpiku kostnego prowadzące do niedokrwistości, neutropenii oraz małopłytkowości. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie obu z podanych poniżej warunków: 1) rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone badaniem szpiku kostnego; 2) badanie krwi obwodowej musi spełniać co najmniej dwa z podanych poniżej kryteriów – liczba: a) neutrofili jest mniejsza niż 1 x 10^9/litr, b) retykulocytów jest mniejsza niż 1% erytrocytów, c) płytek krwi jest mniejsza niż 50 x 10^9/litr; Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączona jest niedokrwistość aplastyczna będąca następstwem stosowanego leczenia (niesteroidowych leków przeciwzapalnych, złota, radioterapii lub chemioterapii)
43	niedowład (paraliż) jednej kończyny	taki niedowład (paraliż) jednej kończyny który oznacza całkowitą, stałą i nieodwracalną utratę funkcji jednej kończyny, którą spowodował uraz lub choroba; niedowład musi występować przez co najmniej 3 miesiące i nie może rokować poprawy; rozpoznanie i zakres zmian potwierdza neurolog; zakres ochrony nie obejmuje niedowładów: 1) częściowych; 2) przejściowych (również w następstwie infekcji wirusowych); 3) spowodowanych zaburzeniami psychicznymi; 4) które są skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej
44	niewydolność nerek	taka niewydolność nerek, która oznacza niewydolność nerek w stadium zaawansowania wymagającym stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki. Rozpoznanie tego poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (nefrologa)
45	nowotwór in-situ	taki nowotwór in situ, który oznacza postać nowotworu ograniczonego do jednej tkanki danego narządu i który nie przekracza jej granicy. Nowotwór musi zostać zweryfikowany badaniem histologicznym jako rak in situ (carcinoma in situ lub jako czerniak in situ (melanoma in situ)). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zmiany opisane histologicznie jako dysplazje oraz rak in situ skóry

Lp.	Pojęcie	Definicja
46	nowotwór złośliwy	taki nowotwór złośliwy, który oznacza każdą chorobę złośliwą charakteryzującą się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek atakujących tkanki innego typu histologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histologicznego lub – w przypadku nowotworów układu krwiotwórczego lub limfatycznego – wynikami badań cytologicznych. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) nowotwór in situ, z zastrzeżeniem postanowień punktu 45 powyżej; 2) nowotwory złośliwe skóry inne niż czerniak złośliwy, który spowodował naciekanie tkanek poza naskórek; 3) nowotwór złośliwy prostaty, chyba że osiągnął on co najmniej T2N0M0 wg klasyfikacji TNM; 4) jakikolwiek rak brodawkowaty tarczycy, chyba że osiągnął co najmniej T2N0M0 wg klasyfikacji TNM; 5) każda choroba Hodgkina lub inna choroba nieziarnicza, chyba że osiągnęły co najmniej Stopień 2 wg klasyfikacji Ann Arbor; 6) wszystkie nowotwory złośliwe wywodzące się z krwi, szpiku kostnego lub węzłów chłonnych, chyba że stopień zaawansowania choroby wymaga: wykonywania regularnych transfuzji krwi, leczenia systemowego (chemioterapia / celowane terapie nowotworowe), przeszczepu szpiku kostnego, przeszczepu krwiotwórczych komórek macierzystych lub zastosowania innego poważnego leczenia interwencyjnego. Każda choroba, stan opisany lub sklasyfikowany jako jeden z poniższych nie jest uważany za nowotwór złośliwy: – przednowotworowy, – nieinwazyjny, – o granicznej złośliwości lub niskim potencjale zezłośliwienia, – dysplazja szyjki macicy CIN-1, CIN-2 lub CIN-3
47	nowotwór złośliwy prostaty o stopniu zaawansowania T1N0M0	taki nowotwór złośliwy prostaty, który został sklasyfikowany jako nowotwór T1 wg klasyfikacji TNM, bez zajęcia węzłów chłonnych i przerzutów odległych. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histologicznego
48	oparzenia	takie uszkodzenie tkanki spowodowane przez czynniki termiczne, chemiczne lub elektryczne, które powoduje: 1) oparzenie co najmniej III stopnia które dotyczy ponad 15% powierzchni ciała lub ponad 50% powierzchni głowy; lub 2) głębokie oparzenie (obejmujące pełną grubość skóry właściwej), które dotyczy ponad 15% powierzchni ciała lub ponad 50% powierzchni głowy; odsetek oparzonej powierzchni ciała określamy za pomocą Reguły dziewiątek (Wallace'a) lub tablic Lunda i Browdera, które opisaliśmy w pkt 2.4 oraz 2.5 Załącznika 1.
49	operacja aorty brzusznej	taki zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty

Lp.	Pojęcie	Definicja
50	operacja aorty piersiowej	taki zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty
51	operacja mózgu	taka operacja mózgu, która oznacza poddanie się operacji mózgu z użyciem następujących metod operacyjnych: kraniotomii lub metody laparoskopowej w celu leczenia ciężkiej choroby lub następstw urazu, o ile zabieg taki wykonany został przez lekarza specjalistę (neurochirurga). Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są wszelkie operacje, które nie wymagają chirurgicznego nacięcia czaszki
52	operacja zastawek serca	taka operacja zastawki serca, która oznacza wykonanie zabiegu kardiochirurgicznego polegającego na naprawie lub wymianie (przeszczepie) jednej lub więcej zastawek serca z powodu wady zastawkowej lub innej nieprawidłowości w obrębie zastawek serca
53	operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)	takie operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass), które oznacza poddanie się zbiegowi kardiochirurgicznemu polegającemu na wytworzeniu pomostów naczyniowych (by-pass'ów) w celu ominięcia zwężonej lub całkowicie zamkniętej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej
54	paraliż	taki paraliż, który oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę funkcji mięśni, w co najmniej dwóch całych kończynach, w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby
55	pierwotne nadciśnienie płucne	takie pierwotne nadciśnienie płucne, które oznacza patologiczny wzrost ciśnienia w krążeniu płucnym z powodu zaburzeń strukturalnych, czynnościowych lub krążenia płucnego, które prowadzą do powiększenia prawej komory serca. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) ubezpieczony, małżonek albo partner zakwalifikowany został do klasy IV wg klasyfikacji NYHA z zaburzeniami oddechowymi w trakcie spoczynku; 2) średnie ciśnienie płucne musi być wyższe niż 30 mm Hg przez okres co najmniej sześciu miesięcy (potwierdzeniem tego wyniku są badania polegające na cewnikowaniu prawego płuca na początku i na końcu tego sześciomiesięcznego okresu); z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest nadciśnienie płucne wynikające z innych przyczyn niż przyczyna pierwotna (idiopatyczna)
56	pierwotne stwardnienie boczne	takie pierwotne stwardnienie boczne (PLS), które oznacza chorobę charakteryzującą się postępującym zwyrodnieniem neuronów ruchowych. Choroba musi skutkować dysfunkcją neurologiczną powodującą trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie
57	piorunujące zapalenie wątroby	takie piorunujące zapalenie wątroby, które oznacza martwicę wątroby spowodowaną zakażeniem wirusem zapalenia wątroby. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) występuje encefalopatia wątrobowa i żółtaczka; 2) poziom albuminy w surowicy jest mniejszy lub równy 3,5 g/dl (35 g/litr); 3) poziom wskaźnika INR (wskaźnik czasu protrombinowego) jest wyższy niż 2,2; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone wynikiem badania serologicznego

Lp.	Pojęcie	Definicja
58	pląsawica Huntingtona	takie jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem; odpowiadamy wyłącznie za taką postać pląsawicy Huntingtona, która spowodowała wystąpienie co najmniej jednego z trzech poniższych objawów: a) zaburzenia motoryczne; b) zaburzenia nastroju; c) zaburzenia poznawcze
59	posocznica (sepsa)	taka posocznica (sepsa), która oznacza uogolnioną reakcję zapalną, powstającą w przebiegu zakażenia drobnoustrojami, powikłaną niewydolnością wielonarządową. Pod pojęciem niewydolności wielonarządowej rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki lub wątrobę
60	postępująca twardzina układowa	taka postępująca twardzina układowa, która oznacza ogólnoustrojową chorobę naczyń kolagenowych powodującą postępujące włóknienie skory, naczyń krwionośnych i narządów trzewnych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone biopsją oraz dowodami serologicznymi, a choroba musi osiągnąć poziom zaawansowania powodujący zajęcie serca, płuca lub nerki. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) miejscowa twardzina skóry (twardzina liniowa lub twardzina ograniczona); 2) eozynofilowe zapalenie powięzi; 3) zespół CREST
61	postępujące porażenie nadjądrowe	takie postępujące porażenie nadjądrowe (PSP), które oznacza stan neurodegeneracyjny charakteryzujący się postępującym ograniczaniem funkcji poznawczych i motorycznych. Warunkiem wypłaty świadczenia jest występowanie co najmniej dwóch z poniższych objawów, które utrzymywały się przez okres co najmniej 3 miesięcy i które zgodnie z aktualną wiedzą medyczną są nieuleczalne: 1) zaburzenia ruchomości gałek ocznych w kierunku pionowym; 2) niestabilność postawy; 3) zaburzenia mowy; 4) brak zdolności wykonywania ruchów; 5) zaburzenia połykania; 6) utrzymywanie nieprawidłowej postawy głowy lub szyi; rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa) w oparciu o badania: badanie obrazowe (rezonans magnetyczny), badania parametrów płynu mózgowo-rdzeniowego (CSF) lub badanie EEG
62	postępujące porażenie opuszkowe	takie postępujące porażenie opuszkowe (BPB), które oznacza chorobę charakteryzującą się postępującym zwyrodnieniem neuronów ruchowych. Choroba musi skutkować dysfunkcją neurologiczną powodującą trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie

Lp.	Pojęcie	Definicja
63	postępujący zanik mięśni	taki postępujący zanik mięśni (PMA), który oznacza chorobę charakteryzującą się postępującym zwyrodnieniem neuronów ruchowych. Choroba musi skutkować dysfunkcją neurologiczną powodującą trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie
64	poważne oparzenia I i II stopnia	takie poważne oparzenie I i II stopnia które oznacza oparzenia termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące: 1) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia lub wyższych; 2) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia lub wyższych; odsetek oparzonej powierzchni ciała określamy za pomocą Reguły dziewiątek (Wallace'a) lub tablic Lunda i Browdera, które opisaliśmy w pkt 2.4 oraz 2.5 Załącznika 1; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych
65	przeszczep tętnicy płucnej	taki przeszczep tętnicy płucnej, który jest operacją na otwartym sercu w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, która polega na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem lub protezą naczyniową; zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia (tzw. wewnątrznaczyniowych), to jest angioplastyki i cewnikowania naczyń
66	przeszczepienie narządu	takie przeszczepienie narządu, które oznacza przeszczepienie od dawcy do ciała ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka nerki, serca, płuca, trzustki, szpiku kostnego lub co najmniej jednego całego płata wątroby. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przeszczepienia autogeniczne, przeszczepienia innych narządów niż powyższe, przeszczepienia części narządów (w wyjątkiem płata wątroby) lub przeszczepienia tkanki lub komórek
67	przewlekła niewydolność oddechowa	taka przewlekła niewydolność oddechowa, która oznacza trwałą i nieodwracalną utratę czynności płuc. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie, co najmniej przez okres 3 miesięcy, wszystkich poniższych warunków: 1) ubezpieczony, małżonek albo partner otrzymuje dodatkową terapię tlenową przez co najmniej 15 godzin dziennie; 2) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi ubezpieczonego wynosi mniej niż 55 mmHg/7,33 kPa; rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (pulmonologa)

Lp.	Pojęcie	Definicja
68	przewlekła niewydolność wątroby	taka przewlekła niewydolność wątroby, która oznacza trwałą i nieodwracalną utratę funkcji wątroby. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) obecne jest wodobrzusze; 2) poziom albuminy w surowicy jest mniejszy lub równy 3,5 g/dl (35 g/litr); 3) poziom wskaźnika INR (wskaźnik czasu protrombinowego) jest wyższy niż 2,2; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłącza się niewydolność wątroby będącą następstwem nadużywania alkoholu lub narkotyków
69	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	takie wirusowe zapalenie wątroby typu B, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria: 1) włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7 kPa; 2) obecność HBV DNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy; 3) obecność antygenu HBs; 4) podwyższony ponad górną granicę normy poziom AlAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy
70	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	takie wirusowe zapalenie wątroby typu C, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria: 1) włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografiipowyżej 7 kPa; 2) obecność HCV RNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy; 3) podwyższony ponad górną granicę normy poziom AlAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy; 4) kliniczne objawy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku
71	przewlekłe zapalenie trzustki	takie przewlekłe zapalenie trzustki, które oznacza nawracający proces zapalny, który powoduje przebudowę miąższu trzustki we włóknistą tkankę łączną, co prowadzi do postępującej zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej niewydolności narządu; zapalenie musi być leczone co najmniej przez 6 miesięcy; rozpoznanie potwierdza gastroenterolog lub chirurg w oparciu o wyniki badań obrazowych, tj.: rezonans magnetyczny, tomografię komputerową lub endoskopową ultrasonografię; zakres ochrony nie obejmuje przewlekłego zapalenia trzustki na skutek nadużywania alkoholu, leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych
72	rak brodawkowaty tarczycy o stopniu zaawansowania T1N0M0	taki rak brodawkowaty (carcinoma papillare) tarczycy o średnicy guza pierwotnego mniejszej lub równej 2,0 cm (sklasyfikowany jako T1 wg klasyfikacji TNM), bez zajęcia węzłów chłonnych i przerzutów odległych. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania histologicznego

Lp.	Pojęcie	Definicja
73	samoistne zwłóknienie płuc	takie samoistne zwłóknienie płuc, które oznacza postępujące śródmiąższowe zapalenie o nieznanej przyczynie, które powoduje włóknienie ograniczone do płuc, co prowadzi do niewydolności oddechowej; rozpoznanie potwierdza pulmonolog na podstawie badań obrazowych płuc lub biopsji płuca; zakres ochrony nie obejmuje alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych, pylicy płuc, włóknienia płuc w przebiegu chorób tkanki łącznej oraz włóknienia polekowego
74	schistosomatoza (bilharcjoza)	taka schistosomatoza (bilharcjoza), która wywoływana jest przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi (takimi jak zapalenie płuc, zapalenie wątroby lub choroba nerek) oraz wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego, immunologicznego lub histopatologicznego
75	splenektomia w następstwie urazu	taka splenektomia w następstwie urazu, która oznacza całkowite usunięcie śledziony w następstwie urazu; zakres ochrony nie obejmuje usunięcia części śledziony lub usunięcia z innych przyczyn niż uraz
76	stwardnienie rozsiane	takie stwardnienie rozsiane, które oznacza przewlekłą chorobę zapalną ośrodkowego układu nerwowego, w której występuje co najmniej jedna zmiana demielinizacyjna w mózgu lub w rdzeniu kręgowym wykazana na podstawie badania obrazowego – rezonans magnetyczny (MRI), tomografia komputerowa (CT) lub inne podobne odpowiednie techniki obrazowania. Stwardnienie rozsiane musi powodować powstanie trwałego i nieodwracalnego deficytu neurologicznego, w stopniu co najmniej 5.0 wg rozszerzonej skali stanu niepełnosprawności (EDSS) lub równoważnego wyniku w innej skali określającej stopień niepełnosprawności. Rozpoznanie choroby powinno zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa)
77	stwardnienie zanikowe boczne	takie stwardnienie zanikowe boczne (ALS), które oznacza chorobę charakteryzującą się postępującym zwyrodnieniem neuronów ruchowych. Choroba musi skutkować dysfunkcją neurologiczną powodującą trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie
78	śpiączka	taka śpiączka, która oznacza stan głębokiej utraty świadomości bez reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby wewnętrzne, utrzymujący się nieprzerwanie przez co najmniej 96 godzin, wymagający użycia sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe. W przypadku śpiączki farmakologicznej jej zastosowanie musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę. Świadczenie zostanie również wypłacone, jeśli śpiączka, która nie wymagała użycia sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe trwa przez okres co najmniej dwóch miesięcy
79	śpiączka afrykańska	taka choroba pasożytnicza, którą wywołują wiciowce Trypanosoma brucei przenoszone przez muchę tse-tse; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych lub neurolog na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych
80	tętniak leczony zabiegowo	taki tętniak leczony zabiegowo, np. metodą embolizacji, przy użyciu protezy naczyniowej, czy z zastosowaniem stentu; zakres ochrony nie obejmuje tętniaków: wewnątrzmózgowych, wewnątrzgałkowych oraz aorty
81	tężec	taka ostra choroba zakaźna, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (Clostridium tetani). Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli tężec był leczony w warunkach szpitalnych z potwierdzonym rozpoznaniem w dokumentacji medycznej

Lp.	Pojęcie	Definicja
82	toczniowe zapalenie nerek	takie toczniowe zapalenie nerek, które oznacza zapalenie nerek będące następstwem tocznia rumieniowatego układowego. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) występuje postać proliferacyjna choroby (potwierdzona została co najmniej III klasa wg Klasyfikacji nefropatii toczniowej przyjętej przez International Society of Nephrology/Renal Pathology Society (ISN/RPS); 2) szacowany wskaźnik filtracji kłębuszkowej (eGFR) wynosi mniej niż 60 ml/min; 3) rozpoznanie choroby zostało potwierdzone przez lekarza specjalistę (nefrologa)
83	udar mózgu	taki udar mózgu, który oznacza martwicę mózgu (uszkodzenie tkanki mózgowej) na ograniczonym obszarze, spowodowaną ostrym nieurazowym krwotokiem lub niedokrwieniem w obrębie mózgu, co powoduje powstanie trwałego i nieodwracalnego ubytku neurologicznego. Diagnoza udaru mózgu musi zostać potwierdzona badaniem obrazowym – rezonans magnetyczny (MRI) lub tomografia komputerowa (CT), które potwierdza związek pomiędzy nowym ubytkiem neurologicznym a nowym obszarem rozmiękania mózgu. Ocenę trwałego i nieodwracalnego ubytku neurologicznego można dokonać nie wcześniej niż 6 tygodni po udarze. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) przemijający atak niedokrwienny (TIA); 2) udar, którego data wystąpienia nie została określona; 3) udar, którego rozpoznanie oparte jest wyłącznie na badaniu biomarkerów; 4) udar, którego następstwa ograniczają się jedynie do ograniczenia funkcjonalności zmysłu węchu, funkcjonalności układu przedsionkowego lub narządu wzroku; W przypadku udaru mózgu spowodowanego ostrym nieurazowym krwotokiem, w Warunkach ERGO Życie w Biznesie używane jest zamiennie pojęcie krwotoku śródmózgowego.
84	uraz wielonarządowy	taki uraz wielonarządowy, który oznacza obecność równoczesnych obrażeń rożnych części ciała, przy czym co najmniej jedno obrażenie lub kombinacja obrażeń zagraża życiu. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie obu poniższych warunków: 1) wskaźnik ciężkości obrażeń (wskaźnik ISS) wynosi co najmniej 16 punktów, zgodnie z klasyfikacją ISS lub uzyskany został równoważny wynik w innych skalach oceny ciężkości urazów 2) uraz wielonarządowy obejmuje co najmniej dwa obszary anatomiczne określone w klasyfikacji ISS
85	usunięcie płuca	takie usunięcie płuca, które oznacza całkowite chirurgiczne usunięcie całego prawego lub całego lewego płuca w wyniku choroby lub wypadku. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest usunięcie części płuca
86	utrata kończyn	taka utrata kończyn, która oznacza całkowitą i fizyczną utratę wszystkich palców obu rąk, obu stóp lub wszystkich palców jednej ręki i jednej stopy
87	utrata możliwości samodzielnej egzystencji	taką utratę możliwości samodzielnej egzystencji, która oznacza tylko i wyłącznie taki stan zdrowia, będący wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku, gdzie ubezpieczony, małżonek albo partner nie był zdolny do wykonania trzech z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie

Lp.	Pojęcie	Definicja
88	walwuloplastyka balonowa	taka walwuloplastyka balonowa, który oznacza zabieg wewnątrznaczyniowego leczenia zwężenia zastawki serca
89	wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	takie wodogłowie nabyte (towarzyszące innym chorobom ośrodkowego układu nerwowego) leczone operacyjnie, który oznacza leczony chirurgicznie stan chorobowy, w którym ilość płynu mózgowo-rdzeniowego jest nadmierna, inaczej zwany wodomózgowiem lub hydrocefalią
90	wrzodziejące zapalenie jelita grubego	takie wrzodziejące zapalenie jelita grubego, które oznacza przewlekłą chorobę zapalną jelita grubego. Warunkiem wypłaty świadczenia jest spełnienie wszystkich poniższych warunków: 1) choroba zagrażała lub zagraża życiu z powodu krwawej biegunki, niedrożności jelit lub perforacji jelita grubego; 2) okrężnica została całkowicie usunięta lub utworzono sztuczny odbyt w ramach leczenia choroby; 3) rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania histologicznego
91	wścieklizna	taka wścieklizna, która jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną zakażeniem wirusem wścieklizny (Lyssavirus rabies), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych
92	zaawansowane otępienie (w tym choroba Alzheimera)	tylko taka zaawansowana demencja (w tym choroba Alzheimera), która spowodowała wystąpienie u ubezpieczonego, małżonka albo partnera trwałej dysfunkcji poznawczej z postępującym pogorszeniem zdolności do: (wszystkie z poniższych): 1) zapamiętywania i przypominania; 2) rozumowania; 3) postrzegania, rozumienia, wyrażania i wprowadzania w życie pomysłów; ostateczna diagnoza zaawansowanej demencji (w tym choroby Alzheimera) powinna zostać: 1) postawiona przez lekarza specjalizującego się w diagnostyce zaburzeń poznawczych; oraz 2) potwierdzona udokumentowanymi dowodami obejmującymi wyniki badań oraz znormalizowanych testów służących do pomiaru funkcji poznawczych; z zakresu ochrony wyłączone są zaburzenia psychiczne w tym choroby będące następstwem nadużywania alkoholu lub narkotyków. Powyższa definicja nie obejmuje: łagodnych zaburzeń poznawczych (MCI – ang. Mild Cognitive Impairment)

Lp.	Pojęcie	Definicja
93	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	takie zarażenie wirusem HIV, które: 1) jest następstwem doznanego urazu; lub 2) wynika z kontaktu krwią lub innymi płynami ustrojowymi, i do którego doszło w związku z wykonywaniem przez ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecko czynności zawodowych (incydent); roszczenie ubezpieczeniowe z tytułu zakażenia krwi w wyniku wykonywania obowiązków służbowych zostanie uznane, jeżeli spełnione zostaną łącznie poniższe warunki: 1) ubezpieczony, małżonek albo partnera lub dziecko wykonywał/o, na dzień wystąpienia incydentu, zawód wymieniony w wykazie wskazanym poniżej; 2) serokonwersja w kierunku zarażenia wirusem HIV nastąpiła w ciągu sześciu miesięcy od daty incydentu; 3) u ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka wykonano badanie krwi w ciągu 5 dni od daty incydentu, które wykazało brak wirusa HIV lub przeciwciał przeciwko wirusowi HIV; 4) w ciągu dwunastu miesięcy po dacie incydentu obecność wirusa HIV lub przeciwciał przeciwko wirusowi HIV została potwierdzona w innym badaniu krwi; 5) incydent został formalnie zgłoszony zgodnie ze standardowymi procedurami wymaganymi dla takich przypadków stosowanymi w odniesieniu do danej grupy zawodowej; świadczenie z tytułu zarażenia wirusem HIV w wyniku wykonywania obowiązków służbowych nie zostanie wypłacone, jeśli do zarażenia doszło innymi drogami, z zastrzeżeniem punktu a) powyżej, w tym w wyniku dożylnego zażywania narkotyków lub aktywności seksualnej ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka; wykaz zawodów (stosowany dla zarażenia wirusem HIV w wyniku wykonywania obowiązków służbowych): – lekarz lub asystent/ka lekarza, – dentysta lub asystent/ka dentysty, – pielęgniarka/pielęgniarz, – położna/położny, – personel w placówkach medycznych, – personel pomocniczy szpitala, w tym personel kuchni szpitalnej, personel sprzątający i personel pralni szpitalnej, – ratownik medyczny lub inny ratownik zawodowy, – strażak, – policjant, – strażnik więzienny

Lp.	Pojęcie	Definicja
94	zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi	takie zarażenie wirusem HIV poprzez transfuzję krwi, które oznacza, że ubezpieczony, małżonek albo partner lub dziecko został zarażony/ zostało zarażone wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) z powodu przetoczenia krwi po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. Abyśmy mogli wypłacić świadczenie konieczne jest spełnienie obu z wymienionych poniżej warunków: 1) instytucja, która przeprowadziła transfuzję, przyjmuje odpowiedzialność lub istnieje ostateczny wyrok sądu, od którego nie można się odwołać, wskazujący na taką odpowiedzialność lub uzyskaliśmy inne dowody potwierdzające odpowiedzialność instytucji, która przeprowadziła transfuzję za zarażenie wirusem HIV; 2) uzyskaliśmy dostęp do wszystkich próbek krwi oraz zleciliśmy niezależne badania takich próbek; nie wypłacimy świadczenia, jeśli zaistnieje którakolwiek z następujących okoliczności: 1) przyczyną zakażenia nie była transfuzja krwi, z zastrzeżeniem punktu 2) poniżej, w tym do zarażenia doszło w wyniku dożylnego zażywania narkotyków lub aktywności seksualnej ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka; 2) ubezpieczony, małżonek albo partner lub dziecko choruje na hemofilię
95	zakażona martwica trzustki	taki zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu jednoznacznie rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych
96	zapalenie mózgu	takie zapalenie mózgu, które oznacza ostre zapalenie mózgu wywołane przez bakterie lub wirusy. Choroba musi skutkować powstaniem ubytków neurologicznych powodujących trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera lub dziecka do: 1) wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie; lub 2) komunikowania się z otoczeniem za pomocą komunikacji werbalnej; lub 3) uzyskania wyniku ponad 15 punktów w teście MMSE lub równoważnego wyniku w innym teście badającym funkcje poznawcze. Rozpoznanie ubytków neurologicznych musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę (neurologa, psychiatrę) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od daty zakażenia

Lp.	Pojęcie	Definicja
97	zawał serca/ zawał mięśnia sercowego	taki zawał serca, który oznacza martwicę mięśnia sercowego z powodu niedrożności tętnic wieńcowych. Zawał serca musi być potwierdzony wystąpieniem przejściowego wzrostu stężenia troponiny T lub troponiny I lub enzymów sercowych, w tym CK-MB, powyżej ogólnie akceptowanych laboratoryjnych poziomów referencyjnych dla zawału serca przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej jednej z następujących zmian: 1) typowe objawy ostrego zawału serca, takie jak silny ból za mostkiem lub nagła duszność wysiłkowa; 2) nowe zmiany w elektrokardiogramie (EKG) typowe dla przebytego ostrego zawału serca; 3) nowe zaburzenia ruchomości ściany serca potwierdzone w badaniach obrazowych; 4) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej stwierdzona w badaniu angiograficznym; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: 1) każde zdarzenie, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa); 2) zawał serca, którego data wystąpienia nie została określona; 3) podwyższenie biomarkerów sercowych wynikających bezpośrednio z wykonania procedury kardiologicznej (angiografii wieńcowej lub angioplastyki wieńcowej)
98	zespół apaliczny (stan wegetatywny)	taki zespół apaliczny, który oznacza uogólnioną trwałą i nieodwracalną martwicę kory mózgowej przy zachowanej funkcji pnia mózgu, która rozpoczęła się w okresie ochrony, utrzymująca się przez co najmniej jeden miesiąc. Ostateczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o dokumentację medyczną
99	zespół Devica	taka choroba, która polega na rozpadzie osłonek mielinowych komórek nerwowych (choroba demielinizacyjna); jej diagnoza wymaga potwierdzenia klinicznego oraz w badaniach obrazowych i laboratoryjnych (tj. oznaczenie stężenia akwaporyny 4 – AQP-4); rozpoznanie potwierdza neurolog w oparciu o badania obrazowe, które dokumentują zapalenie nerwu II (wzrokowego) i poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego
100	zespół krótkiego jelita	taki zespół krótkiego jelita, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunek), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu)
101	zespół rzekomoopuszkowy	taki zespół rzekomoopuszkowy, który oznacza chorobę charakteryzującą się postępującym uszkodzeniem ośrodkowego neuronu ruchowego. Choroba musi skutkować dysfunkcją neurologiczną powodującą trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonego, małżonka albo partnera do wykonywania co najmniej jednej z sześciu czynności życia codziennego wskazanych w Tabeli 1 Warunków ERGO Życie w Biznesie

Lp.	Pojęcie	Definicja
102	zgorzel gazowa	taka zgorzel gazowa, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju Clostridium: Clostridium perfringens, Clostridium novyi, Clostridium septicum, Clostridium heamoliticum lub Clostridium sordelli) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii oraz wymagające leczenia szpitalnego
103	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	taka ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń, która jest układową chorobą autoimmunologiczną charakteryzującą się martwiczym zapaleniem małych i średnich naczyń krwionośnych, górnych dróg oddechowych, płuc i nerek, powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c – ANCA. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę z zakresu pulmonologii albo nefrologii w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy występowaniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności oddechowej, utraty wzroku lub utraty słuchu
104	żółta gorączka	taka żółta gorączka, która wywołana jest wirusem z rodziny flawiwirusów. (Flaviviridae). Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewano lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, wystąpieniu charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzeniu rozpoznania wynikami badań wirusologicznych lub immunologicznych

2. Specjalistyczne medyczne pojęcia, którymi posługujemy się w pkt 1 do definiowania poważnych zachorowań i w Warunkach ERGO Życie w Biznesie przyjmują poniższe znaczenie:
   1) **Test MMSE (Mini–Mental State Examination)** – narzędzie przesiewowe (test) służące do oceny otępień stosowane najczęściej przez lekarzy specjalistów (neurologów, psychiatrów);
   2) **Skala NYHA (New York Heart Association)** – narzędzie, zaproponowane przez Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne (NYHA – New York Heart Association) służące do klasyfikacji ciężkości objawów niewydolności serca;

klasa NYHA	objawy kliniczne
I	chorzy z niewydolnością serca, która nie powoduje jednak u nich ograniczenia aktywności fizycznej. Zwykłe codzienne czynności nie powodują nadmiernego zmęczenia, kołatania serca, duszności ani bólu dławicowego
II	chorzy z niewielkim upośledzeniem aktywności. Codzienne czynności powodują pojawienie się powyższych objawów. Dolegliwości nie występują w spoczynku
III	chorzy, ze znacznie ograniczoną aktywnością, wskutek pojawiania się dolegliwości przy małych wysiłkach, takich jak mycie lub ubieranie się. Dolegliwości w spoczynku nie występują
IV	chorzy, u których najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości pojawiają się także w spoczynku

   3) **Klasyfikacja z Ann Arbor** – klasyfikacja określająca stopień zaawansowania chłoniaka (choroby) Hodgkina;

Stopień	Charakterystyka
I	zajęcie 1 grupy węzłów chłonnych, narządu limfatycznego (śledziona, grasica, pierścień Waldeyera) lub ograniczone zajęcie jednego narządu pozalimfatycznego (IE)
II	zajęcie ≥2 grup węzłów chłonnych po tej samej stronie przepony lub jednoogniskowe zajęcie przez ciągłość pojedynczego narządu pozalimfatycznego i ≥1 grupy węzłów chłonnych po tej samej stronie przepony (IIE)

Stopień	Charakterystyka
III	zajęcie węzłów chłonnych po obu stronach przepony z lub bez towarzyszącym jednoogniskowym zajęciem narządu pozalimfatycznego (IIIE) lub zajęciem śledziony (IIIS) lub jednoogniskowym zajęciem narządu pozalimfatycznego i śledziony (IIISE)
IV	rozlane lub uogólnione zajęcie narządu pozalimfatycznego z lub bez zajęcia grup węzłowych

4) **Reguła dziewiątek (Wallace'a)** – reguła dziewiątek służy do określania oparzonej powierzani ciała osoby w wieku powyżej 15 lat;

Powierzchnia ciała	Procent całkowitej powierzchni ciała
Powierzchnia głowy	9%
Powierzchnia całej kończyny górnej	9%
Powierzchnia brzucha	9%
Powierzchnia klatki piersiowej	9%
Powierzchnia tylna tułowia	18%
Powierzchnia całej kończyny dolnej	18%
Powierzchnia krocza	1%

5) **Tablica Lunda i Browdera** – tablice określają procent całkowitej powierzchni ciała osoby w wieku do 15 lat w poszczególnych latach jej życia;

Powierzchnia ciała	1 miesiąc życia	1-4 rok życia	5-9 rok życia	10-14 rok życia	15 rok życia
Głowa	19%	17%	13%	11%	9%
Szyja	2%	2%	2%	2%	2%
Przód tułowia	13%	13%	13%	13%	13%
Tył tułowia	13%	13%	13%	13%	13%
Pośladek	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Krocze	1%	1%	1%	1%	1%
Ramię	4%	4%	4%	4%	4%
Przedramię	3%	3%	3%	3%	3%
Ręka	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
Udo	5,5%	6,5%	8%	8,5%	9%
Podudzie	5%	5%	5,5%	6%	6,5%
Stopa	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%

6) **Klasyfikacja TNM** – klasyfikacja wykorzystywana w celu określenia stopnia zaawansowania nowotworu złośliwego;

Klasyfikacja TNM	Opis
Tx – nie można ocenić ogniska pierwotnego	wielkość guza pierwotnego (**T** – tumor – guz). Skala od 0 do 4 określa stopień rozrostu guza pierwotnego i jego stosunek do otaczających tkanek
T0 – brak dowodów na istnienie guza pierwotnego	
Tis – rak in situ, a zatem taki, który nie mógł spowodować przerzutów	
T1, T2, T3, T4 – kolejne stopnie rozwoju pierwotnego ogniska nowotworu, zazwyczaj im większa liczba, tym guz jest większy lub zajmuje więcej okolicznych struktur	
Nx – nie można ocenić	stan regionalnych węzłów chłonnych (**N** – nodus – węzeł). Skala od 0 do 3 (w przypadku części nowotworów do 2 lub do 1). Cecha N określa stopień rozprzestrzenienia nowotworu do regionalnych węzłów chłonnych
N0 – węzły chłonne bez przerzutów	
N1, N2, N3, N4 – przerzuty do węzłów chłonnych coraz odleglejszych od guza pierwotnego	
Mx – nie można ocenić	brak lub obecność przerzutów odległych (**M** – metastases – przerzuty). Skala od 0 do 1
M0 – brak przerzutów odległych	
M1 – występują przerzuty odległe	

7) **Skala EDSS** (rozszerzona skala niesprawności ruchowej) – skala wykorzystywana do oceny stanu klinicznego pod kątem oceny zdolności ruchowej. Skala EDSS opiera się na stwierdzeniu obecności objawów w typowym badaniu neurologicznym;

Skala EDSS	Opis
0	prawidłowe badanie neurologiczne
1	bez upośledzenia czynności minimalne objawy w jednym punkcie FS
2	minimalne upośledzenie czynności w jednym punkcie FS
3	umiarkowane upośledzenie w jednym punkcie FS albo łagodne upośledzenie czynności w 3 lub 4 punktach FS; chory w pełni chodzący
4	chory w pełni chodzący bez pomocy oraz samoobsługujący się powyżej 12 godzin dziennie, pomimo stosunkowo ciężkiego upośledzenia czynności, na które składa się zwykle jeden punkt FS o stopniu 4, zdolny do przejścia 500 metrów bez pomocy lub odpoczynku
5	chory zdolny do przejścia bez pomocy lub odpoczynku około 200 metrów, niewydolność ruchowa wystarczająco ciężka aby upośledzić całkowicie codzienne czynności
6	stosowane okresowe lub jednostronne stałe wspomaganie (laska, kula, podciąg) konieczne do przejścia około 100 metrów z lub bez odpoczynku
7	chory niezdolny do przejścia ponad 5 metrów nawet z pomocą: poruszający się głównie na wózku – przebywa na nim ponad 12 godzin dziennie
8	chory porusza się jedynie na wózku lub jest nim wożony, ale przebywa poza wózkiem przez większość dnia; zachowanych wiele czynności samoobsługi zazwyczaj potrafi efektywnie używać kończyn górnych
9	chory leżący bezradny, może porozumiewać się i jeść
10	śmierć z powodu stwardnienia rozsianego

Załącznik 2
Tabela uszczerbków na zdrowiu

Spis treści

A. Uszkodzenia głowy . . . 284
B. Uszkodzenia twarzy . . . 288
C. Uszkodzenia narządu wzroku . . . 289
D. Uszkodzenia narządu słuchu . . . 291
E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku . . . 293
F. Uszkodzenia klatki piersiowej i jej następstwa . . . 293
G. Uszkodzenia brzucha i ich następstwa . . . 295
H. Uszkodzenia narządów moczopłciowych . . . 296
I. Ostre zatrucia i ich następstwa . . . 297
J. Uszkodzenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego . . . 297
K. Uszkodzenia miednicy . . . 299
L. Uszkodzenia kończyny górnej . . . 300
M. Uszkodzenia kończyny dolnej . . . 308
N. Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych . . . 316

W Załączniku 2 wymieniliśmy uszczerbki na zdrowiu, które obejmujemy ochroną w ubezpieczeniu:

1. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
2. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność powyżej 4% uszczerbku
3. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego
4. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w pracy
5. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy
6. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
7. Trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
8. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
9. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego
10. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku
11. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego
12. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu
13. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku
14. Trwały uszczerbek na zdrowiu dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Przy niektórych uszczerbkach umieściliśmy sekcje Uwaga, w których opisaliśmy dodatkowe zasady, według których ustalamy wysokość świadczenia. Zwróć uwagę, że procent sumy ubezpieczenia odpowiada procentowi uszczerbku na zdrowiu. W treści załącznika używamy tych zwrotów zamiennie.

Tabela 1. Uszczerbki na zdrowiu

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
A. Uszkodzenia głowy		
1. Uszkodzenia powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):		
1.1. Uszkodzenia powłok czaszki w zależności od rozmiaru, ruchomości:		
001	< 5 cm średnicy/długości blizny, bez dolegliwości bólowych	1
002	< 5 cm średnicy/długości blizny, towarzyszące dolegliwości bólowe	2
003	> 5 cm średnicy/długości blizny, bez dolegliwości bólowych	3
004	> 5 cm średnicy/długości blizny, towarzyszące dolegliwości bólowe	4
1.2. Oskalpowanie:		
005	< 5 cm średnicy	5
006	5–10 cm średnicy	8
007	> 10 cm średnicy	15
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:		
008	< 2,5 cm średnicy/długości	5
009	2,5–5 cm średnicy/długości	7
010	> 5 cm średnicy/długości	9
3. Ubytek w kościach czaszki:		
011	< 2,5 cm średnicy/długości	5
012	2,5–5 cm średnicy/długości	8
013	5–8 cm średnicy/długości	15
014	> 8 cm średnicy/długości	20
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (punkt 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (punkt 1) osobno oceniamy uszczerbek dotyczący uszkodzenia lub ubytku kości wg punktu 2 lub 3 powyżej i osobno uszczerbek dotyczący uszkodzenia powłok czaszki wg punktu 1.		
4. Powikłania towarzyszące uszczerbkom wymienionym w punktach 1, 2 i 3 w zależności od rodzaju:		
015	nawracający wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego	+5
016	przewlekłe zapalenia kości	+5

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
017	ropowica podczepcowa leczona operacyjnie	+5
018	zakrzepica powłok	+5
019	przepuklina mózgowa	+5

Uwaga:
Powikłania towarzyszące uszczerbkom wymienionym w punktach 1, 2 i 3 powyżej, oceniamy dodatkowo poprzez dodanie uszczerbków wynikających z powikłań do uszczerbków z punktu 1, 2 lub 3. Z tytułu powikłań wymienionych w punkcie 4 można dodać maksymalnie uszczerbki w wysokości 25%.

5. Porażenia i niedowłady połowicze:		
020	porażenie połowicze utrwalone	100
5.1. Niedowład połowiczy znacznie utrudniający sprawność kończyn z afazją:		
021	z afazją całkowitą	100
022	z afazją znacznie utrudniającą porozumiewanie	95
023	z afazją nieznacznego stopnia	90
5.2. Niedowład połowiczy znacznie utrudniający sprawność kończyn bez afazji:		
024	prawostronny ze współistniejącą ataksją	80
025	prawostronny	70
026	lewostronny ze współistniejącą ataksją	70
027	lewostronny	60
5.3. Niedowład połowiczy nieznacznego stopnia z afazją:		
028	z afazją całkowitą	80
029	z afazją znacznie utrudniającą porozumiewanie	70
030	z afazją nieznacznego stopnia	60
5.4. Niedowład połowiczy nieznacznego stopnia bez afazji:		
031	prawostronny	40
032	lewostronny	30
5.5. Porażenie kończyny górnej, z niedowładem kończyny dolnej:		
033	prawej – uniemożliwiające samodzielne chodzenie	80
034	prawej z umiarkowanego stopnia niedowładem kończyny dolnej, umożliwiające chodzenie przy pomocy sprzętu ortopedycznego	70
035	prawej z nieznacznego stopnia niedowładem kończyny dolnej, umożliwiające chodzenie przy pomocy sprzętu ortopedycznego lub samodzielne	60
036	lewej – uniemożliwiające samodzielne chodzenie	70
037	lewej z umiarkowanego stopnia niedowładem kończyny dolnej, umożliwiające chodzenie przy pomocy sprzętu ortopedycznego	60
038	lewej z nieznacznego stopnia niedowładem kończyny dolnej, umożliwiające chodzenie przy pomocy sprzętu ortopedycznego lub samodzielne	50
5.6. Porażenie kończyny dolnej, z niedowładem kończyny górnej:		
039	prawej, nie poruszający się samodzielnie, znacznie ograniczone ruchy precyzyjne ręki	80
040	prawej z umiarkowanego stopnia niedowładem kończyny górnej	70
041	prawej z niedużego stopnia niedowładem kończyny górnej	60
042	lewej, nie poruszający się samodzielnie, znacznie ograniczone ruchy precyzyjne ręki	70
043	lewej z umiarkowanego stopnia niedowładem kończyny górnej	60
044	lewej z niedużego stopnia niedowładem kończyny górnej	50
5.7. Niedowład kończyny górnej (bez niedowładu kończyny dolnej):		
045	prawej	40
046	lewej	30
5.8. Niedowład kończyny dolnej (bez niedowładu kończyny górnej):		
047	niedowład kończyny dolnej (bez niedowładu kończyny górnej)	20
5.9. Śladowe objawy uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego:		
048	śladowe objawy uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego	5
6. Zespoły pozapiramidowe:		
049	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
050	zaznaczony zespół pozapiramidowy	20
6.1. Zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy i napadami ocznymi:		
051	wymagający stałej opieki osoby trzeciej, wyraźne zmiany psychiczne i kognitywne	80
052	wymagający okresowej opieki osoby trzeciej, wyraźne zmiany psychiczne i kognitywne	70
053	znaczne ograniczenie funkcjonowania w życiu codziennym, obecne zmiany psychiczne i kognitywne	60
054	umiarkowane ograniczenie funkcjonowania w życiu codziennym z okresowo występującymi zaburzeniami psychicznymi	40

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
055	niewielkie ograniczenia funkcjonowania w życiu codziennym z okresowo występującymi zaburzeniami psychicznymi nieznacznego stopnia	30
7. Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego i przedsionkowego:		
056	zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie	100
057	zaburzenia równowagi utrudniające w małym stopniu chodzenie	20
058	śladowe zaburzenia równowagi sporadycznie utrudniające chodzenie	5
7.1. Zaburzenia równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie:		
059	zaburzenia równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie i uniemożliwiające wykonywanie jakiejkolwiek pracy zawodowej, znaczne utrudnienie wykonywania prac domowych	70
060	zaburzenia równowagi utrudniające w dużym stopniu chodzenie, uniemożliwiające wykonywanie pracy zawodowej, jednak z możliwością wykonywania prac domowych	50
8. Padaczka:		
061	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem i ekwiwalentami padaczkowymi uniemożliwiającymi jakąkolwiek pracę	100
8.1. Padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi utrudniającymi w dużym stopniu wykonywanie pracy (w zależności od stopnia zaburzeń psychicznych oraz kognitywnych, potwierdzonych leczeniem psychiatrycznym oraz badaniem neuropsychologicznym):		
062	znaczne, postępujące zmiany otępienne, stała opieka osób trzecich	70
063	znaczne zmiany otępienne, regularna opieka osób trzecich w ciągu dnia	60
064	znaczne zmiany otępienne, okresowa opieka osób trzecich	50
8.2. Padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami:		
065	częste napady wtórnie uogólnione, co najmniej 2 w miesiącu bez wyraźnej aury	60
066	częste napady wtórnie uogólnione, co najmniej 2 w miesiącu z aurą	50
067	częste napady padaczkowe częściowe proste lub złożone bez wtórnego uogólnienia, sporadycznie wtórnie uogólnione	40
8.3. Padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (1 raz i mniej na miesiąc):		
068	politerapia z ew. objawami ubocznymi leczenia przeciwpadaczkowego	30
069	politerapia bez objawów ubocznych leczenia przeciwpadaczkowego	25
070	monoterapia	20
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):		
9.1. Ciężkie zaburzenia psychiczne wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy):		
071	ciężkie zaburzenia psychiczne, wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy, częste i długotrwale hospitalizacje psychiatryczne)	100
072	ciężkie zaburzenia psychiczne, wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy, wymagające leczenia ambulatoryjnego oraz okresowo szpitalnego)	80
073	ciężkie zaburzenia psychiczne, wymagające stałej opieki osób trzecich (zmiany otępienne, utrwalone psychozy, wymagające stałego ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego)	70
9.2. Encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi:		
074	zmiany otępienne znacznego stopnia ze zmianami charakterologicznymi wymagające całodobowej opieki osób trzecich	70
075	zmiany otępienne znacznego stopnia mające wpływ na całodzienne funkcjonowanie wymagające w ciągu dnia pomocy osób trzecich	50
9.3. Encefalopatie z utrwalonymi skargami subiektywnymi (bóle głowy, zawroty głowy, wzmożona pobudliwość nerwowa, trudność w skupieniu uwagi, zaburzenia pamięci, snu itp.):		
076	znacznego stopnia nasilone objawy subiektywne, ograniczające funkcjonowanie w życiu codziennym, wymagające stałego i długotrwałego leczenia, obecne objawy neurologiczne oraz zmiany w badaniu neuropsychologicznym (F07.2 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia)	30
077	umiarkowane ograniczenie funkcjonowania w życiu codziennym, obecne zmiany w badaniu neuropsychologicznym lub neurologicznym	20
078	nieznaczne subiektywne objawy bez zmian w badaniu neurologicznym i neuropsychologicznym	5
10. Nerwice i zespoły nerwicopodobne:		
10.1 Nerwice i zespoły nerwicopodobne po urazie czaszkowo – mózgowym – w zależności od stopnia zaburzeń (pourazowe zaburzenia stresowe PTSD–F43.1 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10, w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia):		
079	znacznego stopnia zaburzenia stresowe z przebiegiem remitującym lub postępującym, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	20
080	umiarkowanego stopnia zaburzenia stresowe, leczone przez psychiatrę lub psychologa	10
081	niewielkiego stopnia zaburzenia stresowe	4
10.2. Nerwice i zespoły nerwicopodobne po uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń:		
082	dokumentacja leczenia psychiatrycznego lub psychologicznego dłuższego niż 6 miesięcy	10
083	dokumentacja leczenia psychiatrycznego lub psychologicznego krótszego niż 6 miesięcy	5
084	dokumentacja leczenia nerwicy przez lekarzy innych specjalności niż psychiatria lub psychologia, przez okres 6 miesięcy	2

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
10.3. Zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi:		
085	zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	wg punktu 9.3
11. Zaburzenia mowy:		
086	afazja całkowita motoryczna	60
087	afazja nieznacznego stopnia	15
11.1. Afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją:		
088	utrzymujące się zmiany, pomimo 12 miesięcznego leczenia logopedycznego	100
089	nieznaczna poprawa po leczeniu logopedycznym	80
11.2. Afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się:		
090	nasilone zaburzenia mowy znacznego stopnia, mówienia się pomimo intensywnego, co najmniej 6 miesięcznego leczenia logopedycznego	60
091	afazja z rozumieniem symboli językowych z możliwością komunikacji z pomocą mowy lub pisma	50
092	umiarkowane trudności rozumienia mowy, mówienia lub pisania	30
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego:		
093	zaburzenia wydzielania hormonów płciowych	+15
094	zaburzenia wydzielania hormonu wzrostu (oceniamy je tylko u dzieci i młodzieży)	+15
095	niedoczynność tarczycy	+10
096	wtórna niedoczynność kory nadnerczy	+10
097	moczówka prosta	+10

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków w zakresie *Zespoły podwzgórzowe pourazowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego* (punkt 12).

13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:		
098	nerwu bloczkowego	3
13.1. Nerwu okoruchowego, w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia (konieczne przeprowadzenie badania okulistycznego):		
099	znaczne	15
100	umiarkowane	8
101	niewielkie	3
13.2. Nerwu okoruchowego, w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
102	z podwójnym widzeniem i opadnięciem całkowitym powieki	30
103	podwójne widzenie, opadanie powieki	20
104	podwójne widzenie, bez opadania powieki	10
13.3. Nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia (podwójne widzenie, ograniczenie ruchomości):		
105	znaczne	15
106	umiarkowane	8
107	niewielkie	3
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
108	przewaga zaburzeń czucia w zakresie pojedynczej gałęzi	5
109	przewaga zaburzeń czucia w zakresie wszystkich gałęzi jednostronne	10
14.1. Przewaga dolegliwości bólowych w zależności od stopnia nasilenia bólu:		
110	wymagające regularnego przyjmowania środków przeciwbólowych	20
111	wymagające sporadycznego przyjmowania środków przeciwbólowych	10
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:		
112	obwodowe całkowite	20
113	obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	10
114	izolowane uszkodzenie centralne	10

Uwaga:

Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniamy wg punktu 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniamy wg punktu 5.

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy i oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:		
115	całkowite porażenie podniebienia, gardła i krtani	50
116	neuralgia nerwu językowo-gardłowego	20
16.1. Porażenie nerwu krtaniowego wstecznego:		
117	jednostronne	8
118	obustronne	30
16.2. Porażenie nerwu językowo-gardłowego, w zależności od trudności połykania:		
119	znaczne	25
120	umiarkowane	15

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
121	niewielkie	10
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
122	całkowite, obejmujące mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy oraz górną część mięśnia czworobocznego	15
123	częściowe	5
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
124	całkowite z obecnością fascykulacji i zaników	20
18.1. Częściowe:		
125	znacznego stopnia	10
126	niewielkiego stopnia	5

B. Uszkodzenia twarzy

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):		
19.1. Oszpecenia bez zaburzeń funkcji:		
127	blizna, przewaga zmiany pigmentacji skóry (do 3 cm średnicy)	2
128	blizna, przewaga zmiany pigmentacji skóry (powyżej 3 cm średnicy)	5
129	wyraźne, szpecące blizny do 3 cm długości/średnicy	8
130	wyraźne, szpecące blizny powyżej 3 cm długości/średnicy	10
19.2. Oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji:		
131	blizny i ubytki	+10
132	zaburzenia przyjmowania pokarmów	+8
133	zaburzenia artykulacji	+8
134	ślinotok	+5
135	zaburzenia funkcji powiek	+5
136	zaburzenia czucia	+5
137	dolegliwości bólowe	+8

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków w zakresie *Oszpeceń z miernymi zaburzeniami funkcji* (punkt 19.2) maksymalnie do uszczerbku w wysokości 30%.

19.3. Oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji wymagającymi stosowania przyrządów pomocniczych do naprawy przynajmniej jednej funkcji:		
138	blizny i ubytki	+10
139	zaburzenia przyjmowania pokarmów	+15
140	zaburzenia oddychania lub powonienia	+15
141	zaburzenia artykulacji	+15
142	ślinotok	+8
143	zaburzenia funkcji powiek	+8

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków w zakresie *Oszpeceń połączonych z dużymi zaburzeniami funkcji wymagającymi stosowania przyrządów pomocniczych do naprawy przynajmniej jednej funkcji* (punkt 19.3) maksymalnie do uszczerbku w wysokości 60%.

20. Uszkodzenia nosa:		
144	niewielkie uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia (przebarwienia i blizny nie zmieniające kształtu nosa)	1
145	utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
146	utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
20.1. Uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia (zmieniające kształt nosa):		
147	w niewielkim stopniu	2
148	w znacznym stopniu	3
149	utrzymujące się mimo przeprowadzenia operacji naprawczej	5
20.2. Uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania:		
150	nieznacznego stopnia upośledzenie drożności nosa	5
151	średniego stopnia upośledzenie drożności nosa	10
152	znacznego stopnia upośledzenie drożności nosa z wtórnym zapaleniem zatok	20
20.3. Uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu:		
153	nieznacznego stopnia upośledzenie drożności nosa i zaburzenia powonienia	10
154	średniego stopnia upośledzenie drożności nosa i zaburzenia powonienia	15
155	znacznego stopnia upośledzenie drożności nosa, wtórne zapalenie zatok i zaburzenia powonienia	25

Uwaga:
Jeżeli uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia (punkt 20) wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, stosujemy ocenę wg punktu 19.

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
21. Utrata zębów stałych (za każdy ząb):		
21.1. Siekacze i kły:		
156	częściowa	1,5
157	całkowita	3
21.2. Pozostałe zęby:		
158	częściowa	1
159	całkowita	2
22. Złamanie szczęki lub żuchwy – w zależności od przemieszczeń, niesymetrii zgryzu, upośledzenia żucia i rozwierania szczęk powodujące zaburzenia funkcji:		
160	nieznacznego stopnia	5
161	średniego stopnia	10
162	znacznego stopnia	15
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od ubytków, oszpecenia i powikłań:		
163	częściowa	wg punktów 19 i 21, nie więcej niż 40
164	całkowita	50
24. Ubytek podniebienia:		
165	z niewielkimi zaburzeniami mowy lub połykania	15
166	z dużymi zaburzeniami mowy lub połykania	25
167	z dużymi zaburzeniami mowy i połykania	40
25. Ubytki języka:		
168	bez zaburzeń mowy i połykania	3
169	z niewielkimi zaburzeniami mowy	10
170	ze średnio nasilonymi zaburzeniami mowy i połykania	25
171	z dużymi zaburzeniami mowy i połykania	35
172	całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

26. Obniżenie ostrości wzroku bądź jednego lub obojga oczu:		
173	obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obojga oczu	wg Tabeli ostrości wzroku

Tabela ostrości wzroku

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
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 (1/2)	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 określamy po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

174	utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
27. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych lub soczewek kontaktowych:		
175	jednego oka	15
176	obojga oczu	30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:		
177	rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg Tabeli ostrości wzroku

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
178	zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia	wg Tabeli ostrości wzroku
179	urazowe uszkodzenia plamki żółtej jednego oka	wg Tabeli ostrości wzroku
180	zanik nerwu wzrokowego	wg Tabeli ostrości wzroku

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26.

29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:		
181	blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	wg Tabeli ostrości wzroku
182	zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg Tabeli ostrości wzroku
183	ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg Tabeli ostrości wzroku +10

Uwaga:
Uszczerbek wynikający z *Uszkodzenia gałki ocznej wskutek urazów drążących w wyniku ciała obcego wewnątrzgałkowego powodującego obniżenie ostrości wzroku* (kod zdarzenia 183) określamy wg Tabeli ostrości wzroku i powiększamy uszczerbek o 10%.
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26.

184	ciało obce wewnątrzgałkowe niepowodujące obniżenia ostrości wzroku	10
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (np. oparzenia):		
185	uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (np. oparzenia)	wg Tabeli ostrości wzroku

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26.

31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia:		
186	koncentryczne zwężenie pola widzenia	wg Tabeli oceny pola widzenia

Tabela oceny pola widzenia

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie 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

32. Połowicze niedowidzenia:		
187	dwuskroniowe	60
188	dwunosowe	30
189	jednoimienne	25
33. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy urazowej:		
190	w jednym oku	25
191	w obu oczach	40
34. Utrata soczewki:		
192	w jednym oku	wg Tabeli ostrości wzroku, nie mniej niż 15
193	w obu oczach	wg Tabeli ostrości wzroku, nie mniej niż 30

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26.

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
35. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie):		
194	w jednym oku	8
195	w obu oczach	12
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka:		
196	odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli oceny pola widzenia, nie mniej niż 15 i nie więcej niż 35

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26, a Tabela oceny pola widzenia w punkcie 31.

37. Jaskra:		
197	w jednym oku	wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli oceny pola widzenia, nie więcej niż 35
198	w obu oczach	wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli oceny pola widzenia, nie więcej niż 100

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26, a Tabela oceny pola widzenia w punkcie 31.

38. Wytrzeszcz tętniący:		
199	wytrzeszcz	+15
200	ocena widzenia	wg Tabeli ostrości wzroku
201	podwójne widzenie	+15
202	bóle głowy lub szum w głowie	+15
203	ciężka keratopatia z niedomykalności	+20

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26.

Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków w zakresie *Wytrzeszczu tętniącego* (punkt 38) maksymalnie do uszczerbku, który mieści się w przedziale od 50% do 100%.

39. Zaćma urazowa:		
204	zaćma urazowa	wg Tabeli ostrości wzroku

Uwaga:
Tabela ostrości wzroku znajduje się w punkcie 26.

40. Przewlekłe zapalenie spojówek:		
205	przewlekłe zapalenie spojówek	8

D. Uszkodzenia narządu słuchu

41. Upośledzenie ostrości słuchu:		
206	upośledzenie ostrości słuchu	wg Tabeli ostrości słuchu

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia

Tabela ostrości słuchu

Ucho lewe / Ucho prawe	Słuch normalny	Nieznaczne upośledzenie	Średnie upośledzenie	Duże upośledzenie	Upośledzenie graniczące z głuchotą	Głuchota zupełna
W nawiasach podano stopień upośledzenia	(0%)	(30%)	(50%)	(70%)	(90%)	(100%)
	Procent sumy ubezpieczenia					
Słuch normalny (0%)	0	5	10	15	18	20
Nieznaczne upośledzenie (30%)	5	10	15	18	20	25
Średnie upośledzenie (50%)	10	15	18	20	25	30
Duże upośledzenie (70%)	15	18	20	25	30	35
Upośledzenie graniczące z głuchotą (90%)	18	20	25	30	35	40
Głuchota zupełna (100%)	20	25	30	35	40	50

Uwaga:
W celu wykluczenia agrawacji lub symulacji ostrość słuchu należy przeprowadzić badanie audiometryczne i badanie stroikami.

42. Urazy małżowiny usznej:		
207	utrata części małżowiny lub zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia)	5
208	utrata jednej małżowiny	15
209	utrata obu małżowin	25
43. Pourazowe zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu:		
210	pourazowe zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego zewnętrznego jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg Tabeli ostrości słuchu

Uwaga:
Tabela ostrości słuchu znajduje się w punkcie 41.

44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:		
211	jednostronne	5
212	obustronne	10
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane:		
213	jednostronne	+5
214	obustronne	+10
215	perlak	+5
216	próchnica kości	+5
217	polip ucha	+5

Uwaga:
Sumujemy odpowiednie wartości uszczerbku w zakresie *Przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego powikłane* (punkt 45).

46. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu:		
218	uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg Tabeli ostrości słuchu

Uwaga:
Tabela ostrości słuchu znajduje się w punkcie 41.

47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:		
219	z uszkodzeniem części słuchowej	wg Tabeli ostrości słuchu

Uwaga:
Tabela ostrości słuchu znajduje się w punkcie 41.

47.1. Z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
220	zawroty głowy	+20
221	nudności, wymioty	+10
222	oczopląs spontaniczny	+10

Uwaga:
Uszczerbek z punktu 47.1 może być określany jako suma poszczególnych pozycji w zależności od stopnia uszkodzenia.
Sumujemy poszczególne pozycje w zakresie punktu 47.1 w zależności od stopnia uszkodzenia.

47.2. Z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej:		
223	z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej	wg punktów 47 i 47.1

Uwaga:
Uszkodzenie części słuchowej oceniamy jak w punkcie 47 (kod zdarzenia 219) a części statycznej jak w punkcie 47.1. maksymalnie do 60%.

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:		
224	obustronne	60
48.1. Jednostronne – w zależności od rozległości uszkodzenia:		
225	porażenie mięśni twarzy	+10
226	zaburzenia smaku i wydzielania śliny	+10
227	znaczne upośledzenie wydzielania łez	+10
228	uszkodzenie słuchu	+10

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków w zakresie *Uszkodzenia nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej, jednostronne – w zależności od rozległości uszkodzenia* (punkt 48.1).

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

49. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:		
229	niewielkie uszkodzenie funkcji połykania i artykulacji	5
230	znaczne upośledzenie funkcji połykania i artykulacji	10
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia:		
231	niewielka, sporadyczna duszność	8
232	duszność przy umiarkowanych wysiłkach życia codziennego	12
233	duszność przy niewielkich wysiłkach życia codziennego	25
51. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej (co najmniej 6 miesięcy rehabilitacja logopedyczna) – w zależności od stopnia zaburzeń głosu:		
234	mowa przełykowa	35
235	mowa gardłowa	50
236	z bezgłosem	60
52. Uszkodzenie tchawicy. Zwężenie powodujące:		
237	duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	20
238	duszność podczas chodzenia po równym z rówieśnikami	30
239	duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza) w trakcie chodzenia po równym w swoim tempie	45
240	duszność spoczynkowa	60
53. Uszkodzenie przełyku powodujące:		
241	niewielkie trudności w odżywianiu	10
242	odżywianie się pokarmami o konsystencji półpłynnej	30
243	odżywianie się tylko płynami	50
244	całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

Uwaga:
Do oceny uszkodzenia przełyku (punkt 53) konieczna jest opinia specjalisty gastroenterologa lub chirurga przewodu pokarmowego.

54. Uszkodzenie tkanek miękkich szyi (skóry i mięśni) – w zależności od stopnia ruchomości i ustawienia głowy:		
245	blizny szyi nie powodujące zaburzeń ruchomości	5
246	niewielkie ograniczenie ruchomości	10
247	znaczne ograniczenia ruchomości w pozycji czynnościowo korzystnej	15
248	znaczne ograniczenie ruchomości w pozycji czynnościowo niekorzystnej nieznacznie utrudniające czynności życia codziennego	20
249	znaczne ograniczenie ruchomości w pozycji czynnościowo niekorzystnej znacznie utrudniające czynności życia codziennego	30

Uwaga:
Uszczerbek wynikający z Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniamy wg punktu 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i jej następstwa

55. Blizny i ubytki mięśni klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od rozległości blizn, utrzymujących się bólów i od stopnia upośledzenia oddychania:		
250	dolegliwości przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach i dolegliwości spoczynkowe ustępujące po zmianie pozycji ciała	5
251	dolegliwości podczas chodzenia po równym z rówieśnikami i dolegliwości spoczynkowe ustępujące po zmianie pozycji ciała	10
252	dolegliwości (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza lub do ustąpienia dolegliwości bólowych) w trakcie chodzenia po równym w swoim tempie i dolegliwości spoczynkowe ustępujące po zmianie pozycji ciała	15
253	dolegliwości wysiłkowe i spoczynkowe stałe, niezależne od przyjętej pozycji ciała	30
56. Utrata brodawki sutkowej u kobiet częściowa lub całkowita – w zależności od zniekształceń i blizn:		
254	częściowa	2
255	całkowita	7

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
57. Utrata gruczołu piersiowego w zależności od wielkości ubytków i blizn:		
256	całkowita	12
257	z częścią mięśnia piersiowego	18
57.1. Częściowa:		
258	nie powodująca znacznego defektu kosmetycznego	4
259	powodująca znaczny defekt kosmetyczny	8
58. Uszkodzenie żeber:		
260	złamanie jednego żebra	1
58.1. Złamanie co najmniej 2 żeber z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc:		
261	zniekształcenia niewielkie	2
262	zniekształcenia powodujące znaczny defekt kosmetyczny	5
58.2. Złamanie co najmniej 2 żeber z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszania pojemności życiowej:		
263	duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	10
264	duszność podczas chodzenia po równym z rówieśnikami	15
265	duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza) w trakcie chodzenia po równym w swoim tempie	20
266	duszność spoczynkowa	25
59. Złamanie mostka ze zniekształceniami klatki piersiowej:		
267	niewielkiego stopnia	3
268	umiarkowanego stopnia	5
269	znacznego stopnia	8
60. Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka:		
270	izolowane zapalenie kości	10
271	zapalenie kości z przetokami	20
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):		
272	bez niewydolności oddechowej	5
61.1. Z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia:		
273	duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	10
274	duszność podczas chodzenia po równym z rówieśnikami	20
275	duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza) w trakcie chodzenia po równym w swoim tempie	30
276	duszność spoczynkowa (zaawansowane serce płucne)	40

Uwaga:
Przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu wg punktu 61 i 61.1 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej należy potwierdzić dodatkowymi badaniami obrazowymi lub czynnościowymi.

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej:		
277	duszność przy szybkim chodzeniu po równym, wchodzeniu pod górę lub po schodach	40
278	duszność podczas chodzenia po równym z rówieśnikami	50
279	duszność (konieczność zatrzymania się dla nabrania powietrza) w trakcie chodzenia po równym w swoim tempie	60
280	duszność spoczynkowa (zaawansowane serce płucne)	80

Uwaga:
Przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu wg punktu 62 stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej potwierdza się dodatkowymi badaniami obrazowymi lub czynnościowymi.

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:		
281	z wydolnym układem krążenia	10
63.1. Z objawami niewydolności krążenia, w zależności od stopnia niewydolności (wg klasyfikacji NYHA):		
282	I stopień – bez dolegliwości przy zwykłych czynnościach życia codziennego	20
283	II stopień – umiarkowane dolegliwości przy zwykłych czynnościach życia codziennego, upośledzenie wydolności fizycznej	35
284	III stopień – znaczne upośledzenie wydolności fizycznej widoczne już przy zwykłych czynnościach życia codziennego	50
285	IV stopień – duszność spoczynkowa	90

Uwaga:
Stopień uszkodzenia serca potwierdza się badaniami obrazowymi (EKG, RTG, ECHO i inne).

64. Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:		
64.1. Dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego:		
286	objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej niewielkiego stopnia – I st. wg klasyfikacji NYHA	+3
287	objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej – II st. wg klasyfikacji NYHA	+5
288	objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej – III st. wg klasyfikacji NYHA	+15
289	objawy niewydolności krążeniowo-oddechowej – IV st. wg klasyfikacji NYHA	+20

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
64.2. Dolegliwości ze strony układu pokarmowego:		
290	dolegliwości ze strony układu pokarmowego o umiarkowanym nasileniu	+10
291	dolegliwości ze strony układu pokarmowego o znacznym nasileniu (zaburzenia drożności układu pokarmowego)	+20

Uwaga:
Dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego (punkt 64.1.), jak i układu pokarmowego (punkt 64.2.) sumują się.

G. Uszkodzenia brzucha i ich następstwa

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny pourazowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej:		
292	ubytki mięśniowe bez przepukliny	5
293	przetoki będące wynikiem powikłań pourazowych	30
65.1. Blizny:		
294	< 5 cm długości/średnicy	1
295	> 5 cm długości/średnicy	3
65.2. Przepukliny pourazowe:		
296	przepuklina pachwinowa	10
297	przepuklina przedniej ściany brzucha	20
298	przepuklina pępkowa	20
299	przepuklina udowa	10

Uwaga:
Za przepukliny pourazowe uważa się przepukliny spowodowane urazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).

66. Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:		
300	bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	5
301	odżywianie jedynie parenteralne (pozajelitowe)	50
66.1. Z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania:		
302	znaczna utrata masy ciała (>10%)	+10
303	objawy niedoboru białek	+5
304	objawy niedoboru węglowodanów	+5
305	objawy niedoboru witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K)	+5
306	objawy niedoboru witaminy B12, kwasu foliowego, żelaza	+5
307	wtórne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze	+5

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków na zdrowiu w zależności od stopnia zaburzeń trawienia i niedostatecznego stanu odżywiania (punkt 66.1).

67. Przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:		
67.1. Jelita cienkiego:		
308	jelita cienkiego	20
309	zapalenie tkanek otaczających przetokę	+10
310	reakcja uczuleniowa tkanek otaczających przetokę	+5
311	niedostateczny stan odżywienia	+20
312	nieregularna wymiana torebek	+5
313	częsta wymiana torebek	+5
314	brak możliwości utrzymania prawidłowej higieny	+5

Uwaga:
Uszczerbki o kodzie zdarzeń 309-314 sumujemy z uszczerbkiem o kodzie zdarzenia 308 w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę.

67.2. Jelita grubego:		
315	jelita grubego	15
316	zapalenie tkanek otaczających przetokę	+10
317	reakcja uczuleniowa tkanek otaczających przetokę	+5
318	nieregularna wymiana torebek	+5
319	częsta wymiana torebek	+5
320	brak możliwości utrzymania prawidłowej higieny	+10

Uwaga:
Uszczerbki o kodzie zdarzeń 316-320 sumujemy z uszczerbkiem o kodzie zdarzenia 315 w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę.

68. Przetoki okołoodbytnicze:		
321	przetoki okołoodbytnicze	15

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
69. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów:		
322	uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia:		
323	wypadanie błony śluzowej odbytnicy	10
324	niepełne wypadanie odbytnicy	20
325	pełne wypadanie odbytnicy	30
71. Utrata śledziony:		
326	bez istotnych zmian w obrazie krwi	15
327	ze zmianami w obrazie krwi lub ze zrostami otrzewnowymi	30
72. Uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od stopnia powikłań:		
328	uszkodzenie dróg żółciowych z następowym zwężeniem	+10
72.1. Uszkodzenie/resekcja fragmentu wątroby:		
329	bez wpływu na funkcje narządu	+10
330	z następowymi zaburzeniami funkcji wątroby	+20
72.2. Uszkodzenie/resekcja fragmentu trzustki:		
331	bez wpływu na funkcje narządu	+10
332	z następowymi zaburzeniami funkcji zewnątrzwydzielniczej	+20
333	z następowymi zaburzeniami funkcji wewnątrzwydzielniczej	+20

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszkodzeń w zakresie *Uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki* (punkt 72) maksymalnie do 60%.

H. Uszkodzenia narządów moczopłciowych

73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek prowadzące do powstania:		
334	przewlekłych stanów zapalnych	+10
335	nadciśnienia	+15

Uwaga:
Sumujemy poszczególne uszczerbki w ramach *Uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek* (punkt 73).

74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej:		
336	utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki lub uszkodzenie obu nerek prowadzące do ich schyłkowej niewydolności – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:		
337	utajona niewydolność nerek	30
338	wyrównana niewydolność nerek	40
339	niewyrównana niewydolność nerek	50
340	schyłkowa niewydolność nerek (mocznica)	75

Uwaga:
Przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu wg punktu 75 funkcję należy określić wg badań laboratoryjnych i obrazu klinicznego.

76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła:		
341	uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła	20
77. Uszkodzenie pęcherza:		
342	przewlekłe stany zapalne	+10
343	zmniejszenie pojemności pęcherza	+10
344	zaburzenia w oddawaniu moczu	+10

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszkodzeń w zakresie *Uszkodzenie pęcherza* – w zależności od rozległości uszkodzenia (punkt 77).

78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczania się moczem:		
345	uniemożliwiające prawidłowe funkcjonowanie w życiu codziennym i podjęcie pracy zarobkowej/nauki	50
346	znacznie utrudniające wykonywanie pracy zarobkowej/nauki, praca/nauka w specjalnych warunkach	30
347	nie utrudniające w sposób znaczący pracy zarobkowej/nauki	20

Uwaga:
Przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu wg punktu 78 oceny dokonujemy nie wcześniej niż po 6 miesiącach od urazu.

79. Uszkodzenie cewki moczowej:		
348	powodujące trudności w oddawaniu moczu	10
349	powodujące przewlekły nieżyt pęcherza i nietrzymanie moczu	20
350	powodujące zaleganie moczu i przewlekły stan zapalny	30
80. Utrata prącia:		
351	utrata prącia	40
81. Częściowa utrata prącia:		
352	częściowa utrata prącia	20

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
82. Utrata jednego jądra lub jajnika:		
353	utrata jednego jądra lub jajnika	20
83. Utrata obu jąder lub jajników:		
354	utrata obu jąder lub jajników	40
84. Pourazowy wodniak jądra:		
355	pourazowy wodniak jądra	10
85. Utrata macicy:		
356	w wieku do 45 lat	40
357	w wieku powyżej 45 lat	20
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych:		
358	pochwy	10
359	pochwy i macicy	30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa

87. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań dotyczących narządów wewnętrznych i układów oddechowego, sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego:		
360	nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań dotyczących narządów wewnętrznych i układów oddechowego, sercowo-naczyniowego, krwiotwórczego	10
88. Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruć pokarmowych) powodujące trwałe uszkodzenie:		
361	narządów układu oddechowego i sercowo-naczyniowego (np. rozedma, kardiomiopatia)	20
362	układu krwiotwórczego (np. anemia aplastyczna)	25

Uwaga:
Przy ustalaniu uszczerbku na zdrowiu wg rozdziału I oceny dokonujemy nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zdarzenia.
Uszkodzenie narządów układu pokarmowego oceniamy wg odpowiednich punktów rozdz. E i G.
Uszkodzenie układu nerwowego oceniamy wg odpowiednich punktów rozdz. A.
Uszkodzenie narządu wzroku wskutek nagłych zatruć oceniamy wg odpowiednich punktów rozdz. C

J. Uszkodzenia kręgosłupa i rdzenia kręgowego

89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:		
89.1. Z ograniczeniami ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów:		
363	następstwa urazów skrętnych powodujące miejscowe dolegliwości bólowe, z ograniczeniem zakresu ruchomości kręgosłupa szyjnego głównie ruchów rotacyjnych	5
364	następstwa urazów skrętnych powodujące miejscowe dolegliwości bólowe, z ograniczeniem zakresu ruchomości kręgosłupa szyjnego we wszystkich płaszczyznach	8
89.2. Z ograniczeniem ruchomości – ze zniekształceniem miernego stopnia:		
365	zmiany pourazowe z ograniczeniem ruchomości, ale z możliwością normalnego funkcjonowania	10
366	zmiany pourazowe ze znacznym ograniczeniem ruchomości, zwłaszcza ruchów rotacyjnych	15
367	zmiany pourazowe ze znacznym ograniczeniem ruchomości we wszystkich płaszczyznach	25
89.3. Z całkowitym zesztywnieniem i niekorzystnym ustawieniem głowy:		
368	zmiany pourazowe powodujące ustawienie głowy w pozycji czynnościowo niekorzystnej	30
369	wielopoziomowe zmiany pourazowe powodujące przymusowe ustawienie głowy, z zachowaniem śladowego bolesnego ruchu	40
370	wielopoziomowe zmiany pourazowe powodujące przymusowe ustawienie głowy w pozycji skrajnie czynnościowo niekorzystnej	50
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th 1 – Th 11):		
90.1. Bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia:		
371	następstwa urazów powodujące miejscowe dolegliwości bólowe, z nieznacznym ograniczeniem zakresu ruchomości	3
372	następstwa urazów powodujące umiarkowane dolegliwości bólowe, ograniczeniem zakresu ruchomości	8
373	następstwa urazów powodujące znaczne dolegliwości bólowe, ze zniesieniem ruchomości	15
90.2. Ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
374	zmiany pourazowe ze zniekształceniem kręgów powodujące nieznaczne ograniczenia ruchomości	8
375	zmiany pourazowe ze zniekształceniem kręgów powodujące umiarkowane dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchomości	15
376	zmiany pourazowe ze zniekształceniem kręgów powodujące znaczne dolegliwości bólowe oraz zniesienie ruchomości	25
91. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th 12-L5) w zależności od ograniczenia ruchomości i zniekształcenia kręgów:		
91.1. Z ograniczeniem ruchomości i bez wyraźnych zniekształceń:		
377	następstwa urazów powodujące miejscowe dolegliwości bólowe, z nieznacznym ograniczeniem zakresu ruchomości	3
378	następstwa urazów powodujące umiarkowane dolegliwości bólowe, z ograniczeniem zakresu ruchomości	8

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
91.2. Mierne ograniczenia i zniekształcenia:		
379	zmiany pourazowe ze zniekształceniem kręgów powodujące nieznaczne ograniczenia ruchomości	8
380	zmiany pourazowe ze zniekształceniem kręgów powodujące umiarkowane dolegliwości bólowe oraz ograniczenia ruchomości	15
381	zmiany pourazowe ze zniekształceniem kręgów powodujące znaczne dolegliwości bólowe oraz zniesienie ruchomości	15
91.3. Znaczne ograniczenia i zniekształcenia:		
382	zmiany pourazowe z dużymi zniekształceniami, ograniczeniem ruchomości, oraz zaburzające normalne funkcjonowanie	25
383	wielopoziomowe zmiany pourazowe ze znacznym ograniczeniem ruchomości	30
384	zmiany pourazowe ze znacznym ograniczeniem ruchomości we wszystkich płaszczyznach i nasilonym zespołem bólowym	40
92. Izolowane złamania wyrostków poprzecznych lub ościstych – w zależności od ich liczby, przemieszczeń i wpływu na ograniczenia ruchomości kręgosłupa:		
385	nieograniczające ruchomości kręgosłupa	3
386	ograniczające ruchomość kręgosłupa	8
93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów lub obecnością ciała obcego itp. – w zależności od rozmiarów uszkodzenia:		
387	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów lub obecnością ciała obcego itp.	+5

Uwaga:
Pourazową niestabilność lub pourazowy kręgozmyk oceniamy wg punktów 89-92.
Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów lub obecnością ciała obcego itp. oceniamy wg punktu 89–92, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 93.
Uszkodzenia mięśni kręgosłupa oceniamy wg stopnia ograniczenia ruchomości kręgosłupa na danym odcinku (punkt 98 – kod zdarzenia 441, 90.1., 91.1.).

94. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
388	przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
389	niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się jedynie przy pomocy dwóch lasek	70
390	niedowład kończyn dolnych, umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	35
391	porażenie całkowite kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (w następstwie wylewu śródrdzeniowego)	100
94.1. Niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych, znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym):		
392	z większym zajęciem kończyny górnej prawej	80
393	z większym zajęciem kończyny górnej lewej	60
94.2. Niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym):		
394	z większym zajęciem kończyny górnej prawej	40
395	z większym zajęciem kończyny górnej lewej	20
94.3. Zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego):		
396	zaburzenia funkcji zwieracza pęcherza lub odbytu lub sfery płciowej	20
397	znaczne zaburzenia funkcji zwieraczy pęcherza, odbytu i sfery płciowej	30
398	całkowita utrata funkcji zwieraczy pęcherza, odbytu i sfery płciowej	40
94.4. Zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń:		
399	znaczne zaburzenia czucia	+15
400	umiarkowane zaburzenia czucia	+10
401	niewielkie zaburzenia czucia	+5
402	zespoły bólowe wymagające stałego przyjmowania leków przeciwbólowych	+15
403	zespoły bólowe wymagające sporadycznego przyjmowania leków przeciwbólowych	+5

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje Zaburzeń czucia, zespołów bólowych bez niedowładów – w zależności od rozległości uszkodzenia (punkt 94.4).

95. Urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, ruchowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
404	piersiowe	5
405	guziczne	3
95.1. Szyjne:		
406	znaczne zaburzenia czucia	+5
407	umiarkowane zaburzenia czucia	+3
408	niewielkie zaburzenia czucia	+2
409	zespoły bólowe wymagające stałego przyjmowania leków przeciwbólowych	+10
410	zespoły bólowe wymagające sporadycznego przyjmowania leków przeciwbólowych	+5

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
411	zaburzenia ruchu znacznego stopnia	+10
412	zaburzenia ruchu umiarkowanego stopnia	+5
413	zaburzenia ruchu niewielkiego stopnia	+2
414	osłabienie siły mięśniowej	+5

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje Szyjnych urazowych zespołów korzeniowych (bólowych, ruchowych lub mieszanych) – w zależności od rozległości uszkodzenia (punkt 95.1).

95.2. Lędźwiowo-krzyżowe:		
415	znaczne zaburzenia czucia	+5
416	umiarkowane zaburzenia czucia	+3
417	niewielkie zaburzenia czucia	+2
418	zespoły bólowe wymagające stałego przyjmowania leków przeciwbólowych	+10
419	zespoły bólowe wymagające sporadycznego przyjmowania leków przeciwbólowych	+5
420	zaburzenia ruchu znacznego stopnia	+10
421	zaburzenia ruchu umiarkowanego stopnia	+5
422	zaburzenia ruchu niewielkiego stopnia	+2
423	osłabienie siły mięśniowej	+5

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Lędźwiowo-krzyżowych, urazowych zespołów korzeniowych (bólowych, ruchowych lub mieszanych) – w zależności od rozległości uszkodzenia (punkt 95.2).

K. Uszkodzenia miednicy

96. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwanie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
96.1. Niewielkiego stopnia:		
424	rozerwanie z rozejściem spojenia łonowego powodujące miejscowe dolegliwości bez istotnych zaburzeń chodu	3
425	rozerwanie z rozejściem spojenia łonowego powodujące dolegliwości podczas chodu	8
96.2. Znacznego stopnia:		
426	rozerwanie spojenia powodujące dolegliwości w stawie krzyżowo-biodrowym	12
427	rozerwanie spojenia wraz z podwichnięciem w stawie krzyżowo-biodrowym	18
428	zwichnięcie w stawie krzyżowo-biodrowym z utrwalonymi dolegliwościami	25
429	obustronne zwichnięcie w stawach krzyżowo-biodrowych	35
97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jednomiejscowe lub wielomiejscowe:		
97.1. W odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa):		
430	objawy neurologiczne ze strony jednego nerwu	+5
431	objawy neurologiczne ze strony dwóch lub trzech nerwów	+10
432	zaburzenia chodu	+5
433	jednostronne złamania kości kulszowej lub łonowej wygojone z niewielkimi przemieszczeniami	+2
434	jednostronne złamania kości kulszowej i łonowej wygojone z wyraźnymi przemieszczeniami	+5
435	obustronne złamania kości kulszowych i łonowych wygojone z niewielkimi przemieszczeniami	+8
436	obustronne złamania kości kulszowych i łonowych wygojone z wyraźnymi przemieszczeniami	+10

Uwaga:
Sumujemy poszczególne złamania miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jednomiejscowej lub wielomiejscowej w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa) (punkt 97.1).

97.2. W odcinku tylnym (typ Malgaigne'a):		
437	podwójne, pionowe złamanie z przemieszczeniem do 2 cm i miernymi dolegliwościami bólowymi	15
438	podwójne, pionowe złamanie miednicy z przemieszczeniem powyżej 2 cm i średniego stopnia dolegliwościami bólowymi	20
439	podwójne, pionowe złamanie miednicy z większymi przemieszczeniami i znacznymi dolegliwościami oraz zaburzeniami statyki i chodu	30
440	obustronne, podwójne złamania w odcinku tylnym ze znacznymi dolegliwościami lub z uszkodzeniem pęcherza i cewki moczowej	45
98. Złamanie panewki stawu biodrowego, stropu panewki – w zależności od przemieszczeń, zborności stawu, stopnia zwichnięcia i zakresu ruchów:		
441	zwichnięcie I°	10
442	zwichnięcie II°	15
443	zwichnięcie III°	20
98.1. Zwichnięcie IV°:		
444	pozwalające na w miarę sprawny chód, bez nasilonych dolegliwości bólowych	24
445	upośledzenie sprawności chodu, z wtórnymi dolegliwościami z zakresu kolana, stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	32

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
446	znacznego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne w postaci braku funkcji podporowej kończyny oraz wtórne dolegliwości ze strony kolana, stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	40
99. Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) w zależności od zniekształceń i zaburzeń funkcji:		
447	pojedyncze, jednostronne złamania talerzy biodrowych lub kolców biodrowych	3
448	mnogie, jednostronne złamania dające deformację miednicy	7
449	obustronne złamania powodujące znaczne dolegliwości bólowe	12
450	obustronne złamania powodujące znaczne deformacje i dolegliwości	20

L. Uszkodzenia kończyny górnej

L. 1. Łopatka		prawa	lewa
100. Złamanie łopatki:			
100.1. Wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem, bez większych zaburzeń funkcji:			
451	złamanie wygojone z miejscowymi dolegliwościami bez ograniczeń zakresu ruchomości w stawie	1	1
452	złamanie wygojone z niewielkimi przemieszczeniami oraz z miejscowymi dolegliwościami i bez ograniczeń zakresu ruchomości w stawie łopatkowo-ramiennym	4	2
453	złamanie wygojone z niewielkimi przemieszczeniami z miejscowymi dolegliwościami i ograniczeniami ruchomości w postaci ograniczenia unoszenia ramienia do 140°	8	4
100.2. Wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny – w zależności od zaburzeń:			
454	złamania wygojone z przemieszczeniem, z większymi dolegliwościami bólowymi oraz z możliwością unoszenia ramienia do kąta 90-130°	12	8
455	złamanie wygojone z wytworzeniem przykurczu nie pozwalającego na unoszenie ramienia ponad 90°	16	12
456	złamanie wygojone z ograniczeniem zakresu odwodzenia w stawie barkowym do 45°, pozostałych ruchów zwłaszcza rotacji, z zanikami mięśni obręczy barkowej, ale bez uszkodzeń neurologicznych	24	16
457	złamania wygojone ze śladem ruchu w stawie barkowym, z powikłaniami neurologicznymi	32	20
100.3. Wygojone złamanie szyjki i panewki, z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym, z dużymi zanikami mięśni itp.:			
458	złamanie wygojone z przemieszczeniem odpowiadającym nieodprowadzalnemu zwichnięciu w stawie łopatkowo-ramiennym lub stawowi cepowemu	35	30
459	złamanie wygojone jak opisano wyżej ze znacznym uszkodzeniem splotu barkowego	50	40

Uwaga:
Uszczerbek wynikający ze Złamania łopatki (punkt 100) zawiera również ewentualne powikłania neurologiczne.

L. 2. Obojczyk		prawy	lewy
101. Wadliwie wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów:			
101.1. Nieznaczne zmiany:			
460	niewielka deformacja	1	1
461	wyraźna deformacja powodująca skrócenie wymiaru poprzecznego barku bez istotnych ograniczeń zakresu ruchów w stawie łopatkowo-ramiennym	4	2
462	wyraźna deformacja z ograniczeniem zakresu ruchomości w stawie łopatkowo-ramiennym	8	4
101.2. Wyraźne zmiany:			
463	znaczna deformacja, powodująca bliznowaty przykurcz stawu barkowego, zaniki mięśnia naramiennego, mięśni obręczy barkowej z ograniczeniem sprawności sprowadzającym się do możliwości unoszenia ramienia do kąta 100°	12	8
464	znaczna deformacja, powodująca bliznowaty przykurcz stawu barkowego, zaniki mięśni obręczy barkowej z ograniczeniem sprawności sprowadzającym się do możliwości unoszenia ramienia poniżej kąta 90° i z ograniczeniami ruchów rotacyjnych	16	12
465	znaczna deformacja, z bolesnym przykurczem stawu barkowego pozostawiająca jego śladowy ruch	24	16
102. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:			
102.1. Nieznaczne zmiany:			
466	wyraźna deformacja powodująca skrócenie wymiaru poprzecznego barku bez istotnych ograniczeń zakresu ruchów w stawie łopatkowo-ramiennym	4	2
467	wyraźna deformacja z ograniczeniem zakresu ruchomości w stawie łopatkowo-ramiennym jak unoszenia kończyny do kąta 140°, z ograniczeniem ruchów rotacyjnych	8	4
102.2. Znaczne zmiany:			
468	znaczna deformacja, ze skróceniem wymiaru poprzecznego stawu barkowego, z ograniczeniem zakresu ruchomości w przedziale do 90-130°, zniesieniem ruchów rotacyjnych	12	8
469	znaczna deformacja, po próbie leczenia operacyjnego zakończonej niepowodzeniem, z przykurczem stawu łopatkowo-ramiennego pozostawiającym śladowy ruch	16	12

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
470	znaczna deformacja, po próbie leczenia operacyjnego zakończonej niepowodzeniem, patologiczna ruchomość odłamów, skrócenie wymiaru poprzecznego barku, zesztywnienie stawu łopatkowo-ramiennego	24	16
103. Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia zdolności dźwigania i stopnia deformacji:			
103.1. Nieznaczne zmiany:			
471	niewielka deformacja	1	1
472	wyraźna deformacja wynikająca z odstawania – objawu klawisza (I lub II °) bez istotnych ograniczeń zakresu ruchów w stawie łopatkowo-ramiennym	4	2
473	wyraźna deformacja wynikająca z odstawania – objawu klawisza (II lub III°) z ograniczeniem zakresu ruchomości w stawie łopatkowo-ramiennym jak unoszenia kończyny do kąta 140°, z ograniczeniem ruchów rotacyjnych	8	4
103.2. Znaczne zmiany:			
474	znaczna deformacja, patologiczna ruchomość, ograniczenia zakresu ruchomości w przedziale od 90 do 130°, zniesienie rotacji zewnętrznej	12	8
475	znaczna deformacja, po próbie leczenia operacyjnego zakończonego niepowodzeniem, z przykurczem stawu łopatkowo-ramiennego pozostawiającym śladowy ruch	16	12
476	znaczna deformacja, patologiczna ruchomość, z ograniczeniem sprawności, po próbie leczenia operacyjnego zakończonej niepowodzeniem, patologiczna ruchomość, skrócenie wymiaru poprzecznego barku i całkowite zesztywnienie stawu łopatkowo-barkowego	20	16
104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych oceniamy wg. punktu 101–103 zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:			
477	przewlekłe zapalenia kości	+2	
478	przetoki	+2	
479	ciała obce	+2	

Uwaga:
Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosujemy ocenę wg punktu dotyczącego uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia ograniczenia funkcji.

L. 3. Bark		prawy	lewy
105. Uszkodzenie stawu łopatkowo – ramiennego – w zależności od blizn, ograniczeń ruchomości, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:			
105.1. Miernego stopnia:			
480	niewielka deformacja	1	1
481	wyraźne zmiany powodujące deformację barku bez istotnych ograniczeń zakresu ruchów w stawie łopatkowo-ramiennym	4	2
482	wyraźna deformacja z ograniczeniem zakresu ruchomości w stawie łopatkowo-ramiennym jak unoszenia kończyny do kąta 140°, z ograniczeniem ruchów rotacyjnych, z zanikiem mięśnia naramiennego oraz mięśni ramienia o 2 cm	8	4
105.2. Średniego stopnia:			
483	znaczna deformacja, bliznowaty przykurcz, zaniki mięśnia naramiennego, mięśni obręczy barkowej z ograniczeniem sprawności sprowadzającym się do możliwości unoszenia ramienia do kąta 100°	12	8
484	znaczna deformacja, z bolesnym przykurczem stawu łopatkowo-ramiennego pozostawiającym śladowy ruch	16	12
105.3. Dużego stopnia:			
485	znaczna deformacja stawu łopatkowo-barkowego całkowite zesztywnienie stawu łopatkowo-barkowego	20	16
486	znaczna deformacja stawu ze znacznymi dolegliwościami, powodującymi duże zaburzenia funkcji zbliżone do zesztywnienia stawu w pozycji czynnościowo niekorzystnej	24	20
106. Zastarzałe, nieodprowadzalne zwichnięcie stawu barkowego – w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:			
487	nieodprowadzalne zwichnięcie pozwalające na wykonywanie podstawowych czynności	20	15
488	nieodprowadzalne zwichnięcie z ustawieniem kończyny w pozycji czynnościowo niekorzystnej w przywiedzeniu i rotacji wewnętrznej	25	20
489	nieodprowadzalne zwichniecie graniczące z bezużytecznością kończyny	30	25
107. Nawykowe zwichnięcie potwierdzone rentgenem i zaświadczeniami lekarskimi o kilkakrotnym zwichnięciu:			
490	nawykowe zwichnięcie potwierdzone rentgenem i zaświadczeniami lekarskimi o kilkakrotnym zwichnięciu	25	20

Uwaga:
Uszczerbek wynikający z Nawykowego zwichnięcia potwierdzonego rentgenem i zaświadczeniami lekarskimi o kilkakrotnym zwichnięciu (punkt 107) odnosi się do nawyku zwichania, który nie może być wyleczony operacyjnie lub nawrotów nawykowych zwichnięć po leczeniu operacyjnym bez rokowania na poprawę. Wszelkie inne nawrotowe lub nawykowe zwichnięcia, jak również stawy barkowe po leczeniu operacyjnym nawykowego zwichnięcia orzekane są jak przykurcze stawu po urazach.

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
108. Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:			
491	staw cepowy z możliwością wykonywania ruchów czynnych barku	25	20
492	staw cepowy z możliwością wykonywania jedynie ruchów biernych barku bez istotnych ubytków ruchu, ze skróceniem długości ramienia do 5 cm	30	25
493	staw cepowy z możliwością wykonywania jedynie ruchów biernych barku ze znacznymi ubytkami kości, ze skróceniem wymiaru ramienia ponad 5 cm	40	35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń oceniamy wg norm neurologicznych, rozdz. N.			
109. Zesztywnienie stawu barkowego:			
494	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	35	30
109.1. W ustawieniu czynnościowo korzystnym (odwiedzeniu ok. 70°, antepozycji 35°, rotacji zewnętrznej 25°) – w zależności od ustawienia i funkcji:			
495	z prawidłowo zachowaną czynnością stawu łokciowego i bez istotnych dolegliwości samego barku oraz z substytucją ruchu w stawie łopatkowo-żebrowym	20	15
496	z zaburzoną czynnością stawu łokciowego i bez istotnych dolegliwości i z niezadowalającą substytucją ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym	25	20
497	z zaburzoną czynnością stawu łokciowego i ze znacznymi dolegliwościami samego barku	30	25
110. Bliznowaty przykurcz stawu barkowego:			
498	niewielkie ograniczenie ruchomości	2	1
499	wyraźny przykurcz z zaburzeniami ruchomości	6	3
500	wyraźny przykurcz z możliwością unoszenia kończyny do kąta 100°	12	6
111. Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, z przetokami i zmianami neurologicznymi – oceniamy wg. punktu 105-110, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i zaburzeń funkcji o:			
501	przewlekłe zapalenie kości	+ 8	+ 4
502	ciała obce	+ 8	+ 4
503	przetoki	+ 8	+ 4
504	zmiany neurologiczne	+ 8	+ 4
112. Utrata kończyny w barku:			
505	utrata kończyny w barku	75	70
113. Utrata kończyny wraz z łopatką:			
506	utrata kończyny wraz z łopatką	80	70
L. 4. Ramię		**prawe**	**lewe**
114. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym:			
114.1. Niewielkie zmiany:			
507	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone dające głównie dolegliwości subiektywne	2	1
508	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone z zagięciem kątowym do 10° lub nieznacznym zagięciem osiowym, nieznacznie zaburzające czynność kończyny i dające głównie dolegliwości subiektywne	4	2
509	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone z zagięciem kątowym do 20° lub rotacyjnym, zaburzające czynność kończyny	8	4
510	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone z zagięciem kątowym ponad 20° lub rotacyjnym, istotnie zaburzające czynność kończyny	12	8
114.2. Duże zmiany:			
511	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone ze skróceniem > 3 cm i ze znacznymi zagięciami kątowym lub rotacyjnym oraz z zesztywnieniem łokcia	16	12
512	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone ze skróceniem < 5 cm i ze znacznymi zagięciami kątowym lub z rotacyjnym oraz z zesztywnieniem łokcia i barku oraz z niedowładem nerwu promieniowego	20	16
513	złamanie trzonu kości ramiennej wygojone ze skróceniem > 5 cm i ze znacznymi zagięciami kątowym lub z rotacyjnym oraz z zesztywnieniem łokcia i barku oraz z niedowładem nerwu promieniowego	24	20
114.3. Złamanie powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi:			
514	złamanie wygojone ze zrostem, z zachowaniem osi kończyny powikłane zapaleniem kości	30	25
515	staw rzekomy kości ramieniowej	35	30
516	zakażony staw rzekomy kości ramieniowej	40	35
517	zakażony staw rzekomy kości ramieniowej z powikłaniami neurologicznymi	50	45
115. Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:			
115.1. Zmiany średnie:			
518	uszkodzenie ścięgien mięśni i ich przyczepów powodujące dolegliwości głównie subiektywne	2	1

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
519	uszkodzenie ścięgien mięśni i ich przyczepów powodujące niewielkie upośledzenie funkcji oraz dolegliwości głównie subiektywne	4	2
520	uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące średnie upośledzenie funkcji z osłabieniem siły mięśni (zerwania ścięgien i brzuśców mięśnia dwugłowego i trójgłowego)	8	4
115.2. Zmiany duże:			
521	uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące upośledzenie funkcji z osłabieniem siły mięśni (zerwania ścięgien i brzuśców mięśnia dwugłowego i trójgłowego)	12	8
522	uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące osłabienie ich siły do 3 w skali Lovetta lub znaczne ograniczenia ruchomości łokcia do kąta prostego	16	12
523	uszkodzenie ścięgien, mięśni i ich przyczepów powodujące zniesienie funkcji zginania lub prostowania łokcia, lub przykurcz łokcia w pozycji zbliżonej do kata prostego	20	16
116. Utrata kończyny w obrębie ramienia:			
524	z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
525	przy dłuższych kikutach	65	60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia:			
526	przepukliny mięśniowe ramienia	3	3
L.5. Staw łokciowy		**prawy**	**lewy**
118. Złamanie obwodowej nasady kości ramieniowej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów:			
118.1. Niewielkie zmiany:			
527	następstwa w postaci dolegliwości głównie subiektywnych	2	1
528	dolegliwości głównie subiektywne oraz ograniczenia ruchomości głównie wyprostu o 10° i podobne ograniczenia ruchów rotacyjnych dające w sumie 150° rotacji, przy jednocześnie zachowanej osi stawu	4	2
118.2. Średnie zmiany:			
529	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 20° do 130°, z zachowaniem ruchów obrotowych powyżej 130° (w sumie supinacji i pronacji), z zachowaną osią stawu	8	6
530	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 40° do 130°, z zachowaniem ruchów obrotowych powyżej 110° (w sumie supinacji i pronacji), z zachowaną osią stawu	12	10
118.3. Duże zmiany:			
531	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 50° do 130°, z zachowaniem ruchów obrotowych poniżej 110° (w sumie supinacji i pronacji), z zaburzoną nieznacznie osią stawu	16	12
532	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 50° do 130° z zachowaniem ruchów obrotowych poniżej 45° (w sumie supinacji i pronacji) z zaburzoną osią stawu w granicach 15° koślawości lub 15° szpotawości	20	16
533	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 75° do 110° z zachowaniem ruchów obrotowych lub całkowite zniesienie ruchów obrotowych < 45°, przy zakresie ruchomości łokcia 50°-130° oraz przy zaburzeniach osi łokcia powyżej 15° koślawości oraz 15° szpotawości	24	20
119. Zesztywnienie stawu łokciowego:			
534	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego (75°-110°), przy zachowanych ruchach obrotowych	30	25
535	z brakiem ruchów obrotowych	35	30
536	w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119.1. W innych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny:			
537	w pozycji zbliżonej do kąta prostego	30	25
538	w pozycji zgięcia 50°-90°	35	30
539	w pozycji zgięcia powyżej 90° oraz wyprostnej poniżej 50°	45	40
120. Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:			
120.1. Przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty:			
540	ograniczenia ruchomości głównie wyprostu o 10° i podobne ograniczenia ruchów rotacyjnych dające w sumie 150° rotacji	4	2
541	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 20° do 130° z zachowaniem ruchów obrotowych powyżej 130° (w sumie supinacji i pronacji)	8	6
542	następstwa w postaci ograniczeń ruchomości obejmujące zakres od 40° do 130° z zachowaniem ruchów obrotowych powyżej 110° (w sumie supinacji i pronacji)	12	8
120.2. Przy niemożności zgięcia do kąta prostego:			
543	ograniczenia ruchomości od wyprostu od 40° do 90° zgięcia oraz ograniczenia ruchów rotacyjnych dające w sumie 110° rotacji	16	12

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
544	ograniczenia ruchomości od wyprostu 40° do 75° zgięcia oraz ograniczenia ruchów rotacyjnych dające w sumie 45° rotacji, lub z przykurczem w maksymalnej pronacji	20	16
545	ograniczenia ruchomości zbliżone do zesztywnienia łokcia w pozycji bliskiej 90° z zachowanym, lecz ograniczonym ruchem rotacji poniżej 45° lub z przykurczem w maksymalnej supinacji	28	24
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego – oceniamy wg punktu 118–120.			
121. Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni:			
546	z zachowaną i dającą użyteczność czynnością stawu łokciowego	16	12
547	ze śladem ruchu dowolnego, śladowa użyteczność stawu łokciowego	20	16
548	całkowicie wiotki staw, z niestabilnością wielopłaszczyznową, całkowita bezużyteczność czynnościowa stawu łokciowego	28	20
122. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane – oceniamy wg punktu 118–121, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:			
549	przewlekły stan zapalny	+2	+1
550	przetoki	+2	+1
551	ciała obce	+2	+1
L.6. Przedramię		**prawe**	**lewe**
123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:			
123.1. Niewielkie zniekształcenia:			
552	następstwa w postaci dolegliwości głównie subiektywnych	2	1
553	następstwa w postaci dolegliwości głównie subiektywnych oraz ograniczenia ruchomości rotacji od 10° do 15° i podobnej wartości ograniczenia ruchów zginania i prostowania nadgarstka oraz niewielkie ograniczenia ruchów łokcia	4	2
123.2. Średnie zniekształcenia:			
554	następstwa złamań wygojonych z przemieszczeniami powodującymi ograniczenia zakresu ruchomości nadgarstka do 30° (25% fizjologicznego zakresu ruchomości) obejmujące pozycję pośrednią oraz przy istotnych ograniczeniach rotacji	8	6
555	następstwa złamań wygojonych z przemieszczeniami powodującymi ograniczenie zakresu ruchomości nadgarstka poniżej 20°(na pograniczu zesztywnienia) jednak w pozycji czynnościowo korzystnej z ewentualną dewiacją nadgarstka, przy istotnych ograniczeniach zakresu ruchów rotacji przedramienia	12	8
556	następstwa w postaci wygojenia ze znacznym przemieszczeniem powodującym ograniczenie zakresu ruchomości nadgarstka na pograniczu zesztywnienia z utrwaloną dewiacją nadgarstka z ograniczeniem ruchów rotacyjnych przedramienia do 110°	16	12
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:			
124.1. Niewielkie zmiany:			
557	następstwa w postaci dolegliwości głównie subiektywnych	2	1
558	następstwa w postaci dolegliwości głównie subiektywnych oraz ograniczenia ruchomości rotacji od 10° do 15° i podobnej wartości ograniczenia ruchów zginania i prostowania nadgarstka oraz niewielkie ograniczenia ruchów łokcia	4	2
124.2. Średnie zmiany:			
559	następstwa złamań wygojonych z przemieszczeniem, powodującym ograniczenia zakresu ruchomości nadgarstka do 30° (25% fizjologicznego zakresu ruchomości), obejmujące pozycję pośrednią, oraz ograniczenia zakresu ruchomości łokcia z ubytkiem wyprostu, oraz przy istotnych ograniczeniach rotacji	8	6
560	następstwa złamań wygojonych z dużym przemieszczeniem powodującym ograniczenie zakresu ruchów rotacji przedramienia, oraz ograniczenia zakresu ruchomości nadgarstka poniżej 20° (na pograniczu zesztywnienia), jednak w pozycji czynnościowo korzystnej, z ewentualną dewiacją nadgarstka oraz przy zachowanej funkcji chwytnej ręki	12	8
561	następstwa w postaci wygojenia ze znacznym przemieszczeniem powodującym ograniczenie zakresu ruchów rotacyjnych przedramienia do 110° oraz ograniczenia ruchomości nadgarstka na pograniczu zesztywnienia z utrwaloną dewiacją	16	12
124.3. Duże zmiany, zmiany wtórne i inne:			
562	złamania wygojone ze znacznym przemieszczeniem, ze skróceniem jednej z kości przedramienia, z wtórnymi zmianami w obrębie nadgarstka w postaci zesztywnienia lub dewiacji	20	16
563	złamania wygojone ze znacznym przemieszczeniem, ze skróceniem jednej z kości lub ze zrostem krzyżowym pomiędzy kośćmi przedramienia, z ograniczeniem zakresu ruchów rotacyjnych do 45°, z ograniczeniem ruchomości łokcia w zakresie 75°-110° oraz z zaburzeniem sprawności chwytu ręki	24	20
564	złamania wygojone ze znacznym przemieszczeniem, ze skróceniem jednej z kości lub ze zrostem krzyżowym pomiędzy kośćmi przedramienia, z całkowitym zniesieniem ruchów rotacyjnych, z zesztywnieniem łokcia w pozycji zbliżonej do 90° oraz wtórną deformacją nadgarstka i jego ustawieniem w pozycji odbiegającej od czynnościowo korzystnej	30	24

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
125. Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzeń i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny):			
125.1. Niewielkie zmiany:			
565	blizny i miejscowe dolegliwości	1	1
566	blizny, miejscowe dolegliwości i towarzyszące im zmiany troficzne nie upośledzające funkcji przedramienia i ręki w sposób istotny	3	2
125.2. Znaczne zmiany:			
567	następstwa w postaci blizn powodujących dolegliwości subiektywne i ograniczenia ruchomości w zakresie 60° (około 50% należnego zakresu ruchu) obejmujące pozycje pośrednią łokcia lub nadgarstka	8	6
568	następstwa w postaci blizn i przykurczów powodujących ograniczenia ruchomości nadgarstka w zakresie 40° (około 30% należnego zakresu ruchu) obejmujące pozycję pośrednią, przy zachowanych ruchach rotacji przedramienia	12	8
569	następstwa w postaci blizn, zmian troficznych i przykurczów powodujących znaczne ograniczenia ruchomości w zakresie 20° (około 15% należnego zakresu ruchu) przy ograniczonym, ale możliwym do wykonania ruchu rotacji przedramienia lub powodujące przykurcz w pozycji odbiegającej od czynnościowo korzystnej	16	12
126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:			
126.1. Średniego stopnia:			
570	staw rzekomy jednej z kości przedramienia z niewielką patologiczną ruchomością, z zachowaną osią kończyny oraz z zachowaną ruchomością nadgarstka, bez upośledzenia funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, bez zmian troficznynych	12	10
571	staw rzekomy jednej z kości przedramienia z niewielką patologiczną ruchomością, z zachowaną osią kończyny oraz z zachowaną ruchomością nadgarstka, z miernym upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, bez zmian troficznynych	16	12
126.2. Znacznego stopnia:			
572	staw rzekomy jednej z kości przedramienia z patologiczną ruchomością, zaburzoną osią kończyny oraz z zachowaną ruchomością nadgarstka, miernym upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, bez zmian troficznych	20	16
573	staw rzekomy jednej z kości przedramienia powodujący stałą patologiczną ruchomość, z zaburzoną osią przedramienia, z ograniczoną ruchomością nadgarstka, z wyraźnym upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, a także ze zmianami troficznymi	28	24
574	staw rzekomy jednej z kości przedramienia powodujący stałą patologiczną ruchomość, z zaburzoną osią przedramienia, ze znacznym ograniczeniem ruchomości nadgarstka, z upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, ze znacznie ograniczoną ruchomością łokcia, a także ze zmianami troficznymi	35	28
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:			
127.1. Średniego stopnia:			
575	staw rzekomy obu kości przedramienia z niewielką patologiczną ruchomością, z zachowaną osią kończyny oraz z zachowaną ruchomością nadgarstka, bez upośledzenia funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia bez zmian troficznynych	12	10
576	staw rzekomy obu kości przedramienia z niewielką patologiczną ruchomością, z zachowaną osią kończyny oraz z zachowaną ruchomością nadgarstka, z miernym upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, bez zmian troficznych	16	12
577	staw rzekomy obu kości przedramienia z zaburzoną osią przedramienia, z obecnością blizn, zniekształceń, upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, bez zmian troficznych	20	16
127.2. Znacznego stopnia:			
578	staw rzekomy obu kości przedramienia powodujący stałą patologiczną ruchomość, z zaburzeniem osi przedramienia, z zachowaną ruchomością nadgarstka, z miernym upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, a także ze zmianami troficznymi	25	20
579	staw rzekomy obu kości przedramienia powodujący stałą patologiczną ruchomość, z zaburzeniem osi przedramienia, z zachowaną ruchomością nadgarstka, ze znacznym upośledzeniem funkcji chwytnej ręki, z zachowaną ruchomością łokcia, a także ze zmianami troficznymi	30	25
580	staw rzekomy obu kości przedramienia powodujący stałą patologiczną ruchomość, z zaburzeniem osi przedramienia, z zesztywnieniem nadgarstka, upośledzeniem funkcji chwytnej ręki oraz ze znacznie ograniczoną ruchomością łokcia, a także ze zmianami troficznymi	40	35
128. Powikłane uszkodzenie przedramienia – w zależności od powikłań o:			
581	przewlekłe zapalenie kości	+3	+3
582	przetoki	+3	+3
583	obecność ciał obcych	+3	+3

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
584	ubytek tkanki kostnej	+3	+3
585	zmiany neurologiczne	+3	+3

Uwaga:
Powikłane uszkodzenie przedramienia oceniamy wg punktu 123–127, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 128.

129. Utrata kończyny w obrębie przedramienia:			
586	utrata kończyny w obrębie przedramienia	60	55
130. Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego:			
587	utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
L. 7. Nadgarstek		**prawy**	**lewy**
131. Uszkodzenia nadgarstka (skręcenia, zwichnięcia, złamania) w zależności od blizn, zniekształceń rozległości uszkodzenia, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych wtórnych:			
131.1. Niewielkiego stopnia:			
588	następstwa niewielkiego stopnia powodujące jedynie dolegliwości subiektywne	2	1
589	następstwa niewielkiego stopnia powodujące dolegliwości subiektywne i ograniczenia ruchomości w zakresie 90° (około 75% należnego zakresu ruchu) obejmujące pozycję pośrednią	4	2
590	następstwa niewielkiego stopnia powodujące dolegliwości subiektywne i ograniczenia ruchomości w zakresie 60° (około 50% należnego zakresu ruchu) obejmujące pozycję pośrednią	8	4
131.2. Średniego stopnia:			
591	następstwa średniego stopnia powodujące ograniczenia ruchomości w zakresie 40° (około 30% należnego zakresu ruchu) obejmujące pozycję pośrednią, ze zniesieniem ruchów odchylania na boki, przy zachowanym ruchu rotacji przedramienia	12	10
592	następstwa średniego stopnia powodujące ograniczenia ruchomości w zakresie 20° (około 15% należnego zakresu ruchu) obejmujące pozycję pośrednią, ze zniesieniem ruchów odchylania na boki, przy ograniczonym, ale możliwym do wykonania ruchu rotacji przedramienia	16	12
131. 3. Dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym:			
593	następstwa w postaci śladowego ruchu zawierającego się poza pozycją pośrednią w przedziale zgięcia dłoniowego lub w skrajnym zgięciu grzbietowym z utrwaloną dewiacją łokciową lub promieniową	20	16
594	następstwa w postaci śladowego ruchu zawierającego się wyłącznie w zakresie zgięcia dłoniowego z utrwalonymi odchyleniami łokciowym lub promieniowym	28	24
132. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:			
132.1. W ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców:			
595	zesztywnienie w pozycji czynnościowo korzystnej, z nieznacznego stopnia ograniczeniem zakresu ruchomości palców II do V, z zachowaną funkcją kciuka	16	12
596	zesztywnienie w pozycji czynnościowo korzystnej, z ograniczeniem zakresu ruchomości palców II do V powodujące ubytek zgięcia co najmniej dwóch z nich do pozycji odpowiadającej amputacji paliczka dystalnego, z zachowaną funkcją kciuka lub z samym zniesieniem funkcji opozycji kciuka	20	16
597	zesztywnienie w pozycji czynnościowo korzystnej, z ograniczeniem zakresu ruchomości palców II do V powodujące ograniczenie zgięcia wszystkich palców do pozycji odpowiadającej amputacji na poziomie stawów międzypaliczkowych bliższych i ze zniesieniem funkcji opozycji kciuka	28	20
132.2. W ustawieniu czynnościowo-niekorzystnym w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców:			
598	zesztywnienie w pozycji czynnościowo niekorzystnej, z nieznacznego stopnia ograniczeniem zakresu ruchomości palców II do V, z zachowaną funkcją kciuka	25	20
599	zesztywnienie w pozycji czynnościowo niekorzystnej, z ograniczeniem zakresu ruchomości palców II do V powodujące ubytek zgięcia co najmniej dwóch z nich do pozycji odpowiadającej amputacji paliczka dystalnego, z zachowaną funkcją kciuka lub z samym zniesieniem funkcji opozycji kciuka	35	30
600	zesztywnienie w pozycji czynnościowo niekorzystnej, z ograniczeniem zakresu ruchomości palców II do V powodujące ograniczenie zgięcia wszystkich palców do pozycji odpowiadającej amputacji na poziomie stawów międzypaliczkowych bliższych i ze zniesieniem funkcji opozycji kciuka	45	40
133. Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi, trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi			
601	głębokie, trwałe zmiany troficzne	+3	+3
602	przewlekłe, ropne zapalenie kości nadgarstka	+3	+3
603	przetoki	+3	+3
604	zmiany neurologiczne	+3	+3

Uwaga:
Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi, trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi oceniamy wg punktu 131–132, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 143.

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Procent sumy ubezpieczenia
134. Utrata ręki na poziomie nadgarstka:			
605	utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
L. 8. Śródręcze		**prawe**	**lewe**
135. Uszkodzenia śródręcza, części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów), kości w zależności od blizn, zniekształceń, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:			
135.1. Niewielkie zmiany:			
606	następstwa złamań jednej kości śródręcza – od III do V pod postacią blizn i dolegliwości subiektywnych	2	1
607	następstwa złamań jednej kości śródręcza – od III do V pozostawiające deformację i powodujące ograniczenia zakresu ruchów palca odpowiadające przynajmniej amputacji na poziomie paliczka dystalnego	4	2
135.2. Średnie zmiany:			
608	następstwa złamań pierwszej lub drugiej kości śródręcza z następstwami, o których mowa w punkcie 135.1 lub kilku kolejnych kości z następstwami odpowiadającymi amputacji paliczka dystalnego	8	4
135.3. Rozległe zmiany:			
609	następstwa złamań kilku kości śródręcza powodujące znaczną deformację z ograniczeniami funkcji chwytnej palców II do V spowodowanej zesztywnieniem stawów śródręczno-paliczkowych, lub ograniczeniem samej opozycji kciuka, odpowiadające amputacji na poziomie paliczka podstawnego	12	10
610	następstwa złamań kilku kości śródręcza powodujące znaczną deformację z brakiem funkcji chwytnej palców II do V, lub uszkodzenie I kości śródręcza z całkowitym zniesieniem funkcji chwytnej kciuka	18	16
L. 9. Kciuk		**prawy**	**lewy**
136. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:			
611	częściowa utrata opuszka	4	2
612	utrata paliczka paznokciowego	8	4
613	utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego z zachowaniem więcej niż 2/3 długości kikuta paliczka	15	10
614	utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego z zachowaniem mniej niż 2/3 długości kikuta paliczka	18	14
615	utrata obu paliczków z kością śródręcza	25	20
137. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, nerwów – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:			
616	niewielkie zmiany, zniekształcenia płytki paznokciowej, blizny nie ograniczające ruchów kciuka i inne	1	1
617	niewielkie zmiany, następstwa odpowiadające przynajmniej częściowej utracie opuszka	4	2
618	średnie zmiany, następstwa odpowiadające częściowej utracie paliczka paznokciowego	8	6
619	znaczne zmiany, następstwa odpowiadające co najwyżej częściowej utracie 1/2 paliczka podstawnego	16	12
620	upośledzenie funkcji graniczące z następstwami utraty kciuka	24	18

Uwaga:
Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierzemy pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawiania oraz chwytu.

L. 10. Palec wskazujący		**prawy**	**lewy**
138. Utrata w obrębie wskaziciela (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – w zależności od stopnia:			
621	utrata częściowa opuszka	4	2
622	utrata paliczka paznokciowego	6	4
623	utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
624	utrata paliczka paznokciowego i środkowego poniżej 1/3	10	8
625	utrata 3 paliczków	16	12
626	utrata palca wskazującego z kością śródręcza	22	20
139. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:			
627	niewielkie zmiany, zniekształcenia płytki paznokciowej, blizny nie ograniczające ruchów wskaziciela i inne	1	1
628	niewielkie zmiany, następstwa odpowiadające przynajmniej częściowej utracie opuszka	4	2
629	zmiany średniego stopnia, następstwa odpowiadające co najwyżej utracie paliczka paznokciowego lub części paliczka podstawnego	8	6
630	znaczne zmiany, następstwa odpowiadające co najwyżej utracie paliczka środkowego lub paliczka podstawnego z pozostawieniem jego kikuta mającego jeszcze znaczenie czynnościowe	12	10
631	bezużyteczność wskaziciela, graniczęca z jego utratą	16	12

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia	
L.11. Palec trzeci, czwarty i piąty		**prawy**	**lewy**
140. Palec trzeci, czwarty i piąty – w zależności od stopnia uszkodzenia:			
632	zniekształcenia płytki paznokciowej, blizny nie ograniczające ruchów palców i inne	1	1
633	częściowa utrata opuszka	2	1
634	utrata paliczka paznokciowego	4	3
635	utrata dwóch paliczków	6	5
636	utrata trzech paliczków	10	8
141. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:			
637	utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	15	10

Uwaga:
Przy wcześniejszym braku wskaziciela obecne uszkodzenia palca III traktujemy jak gdyby to był wskaziciel.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze, zesztywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – za każdy palec w zależności od obecności:			
638	blizny	+1	+1
639	uszkodzenia ścięgien	+1,5	+1
640	przykurczów	+1,5	+1
641	zesztywnienia stawów	+1,5	+1
642	zmian troficznych lub czuciowych	+1,5	+1
643	całkowitej bezużyteczności	9	7

Uwaga:
Przy uszkodzeniach obejmujących większą ilość palców ocena odpowiada stopniowi użyteczności ręki, jednak uszczerbek musi być niższy niż całkowita utrata tych palców oraz uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55% i 50% dla lewej.

Sumujemy wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (blizny, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze, zesztywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp.), (punkt 142).

M. Uszkodzenia kończyny dolnej

M.1. Staw biodrowy

143. Utrata kończyny dolnej poprzez jej wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej – w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości zaprotezowania:		
644	kikut okolicy krętarzowej dający możliwość zaprotezowania	75
645	kikut ze zmianami troficznymi, bliznowato zniekształcony bez możliwości zaprotezowania	80
646	wyłuszczenie w stawie biodrowym	85
144. Uszkodzenie tkanek miękkich, aparatu więzadłowego, mięśni, naczyń, nerwów, skóry – w zależności od stopnia ograniczenia ruchów:		
144.1. Miernego stopnia:		
647	następstwa uszkodzeń (np. urazów skrętnych) wygojonych bez przykurczów, dające dolegliwości subiektywne, oraz zachowujące wydolny chód	4
648	następstwa uszkodzeń (np. urazów skrętnych) wygojonych z niewielkim przykurczem, dające dolegliwości subiektywne oraz miernego stopnia niewydolność chodu	8
144.2. Znacznego stopnia:		
649	następstwa uszkodzeń (np. urazów skrętnych) dające dolegliwości subiektywne, przykurcze oraz skrócenie 2–4 cm, ale z ustawieniem biodra w pozycji czynnościowo korzystnej pozwalającej na w miarę sprawny chód	12
650	następstwa uszkodzeń (np. urazów skrętnych) dające znaczne dolegliwości subiektywne, przykurcze, skrócenie powyżej 4 cm, ustawienie biodra w pozycji czynnościowo korzystnej, z zaburzeniami mechanizmu chodu oraz z wtórnymi dolegliwościami ze strony kręgosłupa, stawów krzyżowobiodrowych i kolana	18
651	zesztywniałe i bolesne biodro, ustawione w pozycji czynnościowo korzystnej powodujące zaburzenia mechanizmu chodu oraz z wtórnymi dolegliwościami ze strony kręgosłupa, stawów krzyżowobiodrowych i kolana	24
145. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
145.1. W ustawieniu czynnościowo korzystnym (zgięcia 15°–20°, odwiedzenia 5°–10° i rotacji zewnętrznej 5°–10°):		
652	zesztywniałe, niebolesne biodro, ustawione w pozycji czynnościowo korzystnej, pozwalającej na w miarę sprawny chód	16
653	zesztywniałe, niebolesne biodro, ustawione w pozycji czynnościowo korzystnej, pozwalające na w miarę sprawny chód, z wtórnymi dolegliwościami z zakresu kolana, stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	20
654	zesztywniałe, bolesne biodro, ustawione w pozycji czynnościowo korzystnej, pozwalające na w miarę sprawny chód	26
655	zesztywniałe, bolesne biodro, ustawione w pozycji czynnościowo korzystnej, pozwalające na w miarę sprawny chód z wtórnymi dolegliwościami z zakresu kolana stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	32

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
145.2. W ustawieniu czynnościowo niekorzystnym (przywiedzenia i rotacji wewnętrznej):		
656	zesztywniałe, niebolesne biodro, ustawione w pozycji czynnościowo niekorzystnej i pozwalające na w miarę sprawny chód	36
657	zesztywniałe, bolesne biodro ustawione w pozycji czynnościowo niekorzystnej, upośledzające sprawność chodu, z wtórnymi dolegliwościami z zakresu kolana stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	42
658	zesztywniałe biodro, dające stały ból, powodujące znacznego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne w postaci braku funkcji podporowej kończyny oraz wtórne dolegliwości ze strony kolana, stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	55
146. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższej nasady kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy, urazowych złuszczeń głowy kości udowej itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia kończyny, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych oraz dolegliwości subiektywnych:		
146.1. Miernego stopnia:		
659	następstwa uszkodzeń wygojonych, bez skrócenia, dających dolegliwości subiektywne, ale ze sprawnym i wydolnym mechanizmem chodu	8
660	następstwa uszkodzeń wygojonych, ze skróceniem do 2 cm, dających dolegliwości subiektywne, ograniczające ruchomość pozwalające na zgięcie powyżej 90°, sprawne odwiedzenie i ruchy rotacyjne	12
661	następstwa uszkodzeń wygojonych, ze skróceniem 2 do 4 cm, dających dolegliwości subiektywne, ograniczające ruchomość poniżej zgięcia 90°, odwiedzenia poniżej 15° i ruchów rotacyjnych poniżej 15°	16
Uwaga: Ograniczenia ruchomości do zakresu zgiecia < 45°, ze śladem ruchów odwodzenia i rotacji oceniamy jak zesztywnienie stawu biodrowego (punkt 145.1.).		
146.2. Dużego stopnia:		
662	prawidłowo działająca endoproteza stawu biodrowego z zakresem ruchomości nieupośledzającym czynności życia codziennego (zgięcie 90°, odwiedzenie 15° i zachowane rotacje) i pozwalająca na w miarę sprawny chód	22
663	prawidłowo działająca endoproteza stawu biodrowego z zakresem ruchomości nieupośledzającym czynności życia codziennego, z wtórnymi dolegliwościami z zakresu kolana stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa	26
664	następstwa powodujące dużego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne, w tym ograniczenia zakresu ruchomości bez możliwości zgięcia biodra do kąta 90° lub skrócenie kończyny powyżej 4–6 cm	32
665	następstwa powodujące dużego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne, w tym znaczne ograniczenia zakresu ruchomości, skrócenie powyżej 6 cm z zachowaną jeszcze funkcją podporową kończyny jedynie po zaopatrzeniu w obuwie ortopedyczne	36
146.3. Z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowobiodrowy, kolano itp.):		
666	następstwa powodujące znacznego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne w postaci braku funkcji podporowej kończyny, dające stały ból oraz wtórne dolegliwości ze strony kolana, stawów krzyżowo-biodrowych i kręgosłupa, w tym obluzowanie endoprotezy, stawy rzekome szyjki kości udowej oraz okolicy krętarzowej	42
667	następstwa powodujące znacznego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne w postaci braku funkcji podporowej kończyny, dające stały ból oraz wtórne dolegliwości, w tym brak zrostu po wielokrotnie operowanych stawach rzekomych szyjki kości udowej i okolicy krętarzowej	50
668	następstwa powodujące znacznego stopnia zaburzenia statyczne i dynamiczne w postaci braku funkcji podporowej kończyny, w tym powikłania w postaci niestabilności endoprotezy (wielokrotne zwichanie się endoprotezy) lub tzw. „biodro wiszące”	60
147. Powikłane przewlekłe zapalenie tkanki kostnej, z przetokami – w zależności od rozmiarów powikłań o:		
669	przewlekłe zapalenie kości	+5
670	przetoki	+5
671	zmiany troficzne	+5
M.2. Udo		
Uwaga: Powikłane przewlekłe zapalenie tkanki kostnej, z przetokami oceniamy wg punktu 143–146, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 147.		
148. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:		
148.1. Niewielkie zmiany:		
672	niewielkie zmiany w postaci blizn i dolegliwości subiektywnych	2
673	niewielkie zmiany w postaci blizn, nieznacznych zaników mięśni uda, bez skrócenia kończyny, z prawidłowymi zakresami ruchomości kolana lub biodra	4
674	niewielkie zmiany w postaci blizn, zaników mięśni uda do 2 cm mierzonych 10 cm ponad rzepką, z zagięciem osi lub skróceniem do 2 cm, z niewielkimi ograniczeniami ruchomości kolana lub biodra	8
675	niewielkie zmiany w postaci blizn, znacznych zaników mięśni uda powyżej 2 cm, z zagięciem osi lub skróceniem do 4 cm, z ograniczeniami ruchomości kolana lub biodra i z nieznaczną niewydolnością chodu	12

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
148.2. Średnie zmiany lub skrócenie 4-6 cm:		
676	średnie zmiany ze skróceniem do 5 cm lub powodujące ograniczenia ruchomości biodra lub kolana powodujące mierne upośledzenie mechanizmu chodu	16
677	średnie zmiany ze skróceniem do 5 cm lub powodujące ograniczenia ruchomości biodra lub kolana powodujące upośledzenie mechanizmu chodu	18
678	średnie zmiany ze skróceniem do 6 cm lub powodujące przykurcz biodra lub kolana w pozycjach czynnościowo korzystnych i upośledzające mechanizm chodu	26
148.3. Duże zmiany, lub skrócenie ponad 6 cm:		
679	duże zmiany ze skróceniem ponad 6 cm, powodujące przykurcz biodra lub kolana w pozycjach czynnościowo korzystnych i upośledzające mechanizm chodu	32
680	duże zmiany ze skróceniem ponad 6 cm, powodujące przykurcz biodra lub kolana w pozycjach czynnościowo niekorzystnych i upośledzające mechanizm chodu	36
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążanie kończyny, opóźniony zrost kości – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych:		
681	staw rzekomy kości udowej z ubytkami kości powodującymi skrócenie do 4 cm lub powodujący przykurcz kolana lub biodra w pozycji czynnościowo niekorzystnej	42
682	staw rzekomy kości udowej z ubytkami kości powodującymi skrócenie od 4 do 6 cm uniemożliwiające obciążanie kończyny	48
683	zakażony staw rzekomy kości udowej z ubytkami kości powodującymi skrócenie ponad 6 cm uniemożliwiające obciążanie kończyny	56
150. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji:		
150.1. Miernego stopnia:		
684	niewielkie zmiany miejscowe dające dolegliwości subiektywne	1
685	następstwa uszkodzeń wygojonych bez przykurczów, dających subiektywne dolegliwości oraz zachowujące wydolny chód	4
686	następstwa uszkodzeń wygojonych z niewielkim przykurczem powodującym skrócenie do 2 cm, dających dolegliwości subiektywne i miernego stopnia niewydolność chodu	8
150.2. Znacznego stopnia:		
687	następstwa uszkodzeń dające dolegliwości subiektywne i przykurcze ze skróceniem 2-4 cm z ograniczeniem ruchomości kolana i biodra powodujące niewydolność chodu	12
688	następstwa uszkodzeń dające znaczne dolegliwości subiektywne, ograniczeniem ruchomości kolana i biodra powodujące znaczną niewydolność chodu	16
151. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych:		
689	następstwa uszkodzeń naczyń żylnych goleni, wygojone z zakrzepicą nie obejmującą naczyń głównych, oraz uszkodzenia naczyń tętniczych wygojone z niewielkimi miejscowymi następstwami	8
690	następstwa uszkodzeń naczyń żylnych, wygojone z zakrzepicą żyły udowej lub uszkodzenia naczyń tętniczych skutkujące zesztywnieniem stawu skokowego	16
691	następstwa uszkodzeń naczyń żylnych powodujące zakrzepicę żyły piszczelowej skutkującą zesztywnieniem, zmianami miejscowymi, dające niewydolność chodu lub utrzymujący się tętniak rzekomy dużego naczynia	24
152. Powikłane uszkodzenia uda – w zależności od rozmiarów powikłań o:		
692	przewlekłe ropne zapalenie kości	+2
693	przetoki	+2
694	ciała obce	+2
695	skostnienie pozaszkieletowe	+2
696	zmiany neurologiczne	+2

Uwaga:
Powikłane uszkodzenia uda oceniamy wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 152.

153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:		
697	osłabienie obrotu na zewnątrz w stawie biodrowym	+5
698	upośledzenie zgięcia w stawie kolanowym	+5
699	zniesienie ruchów stopy	+20
700	upośledzenie ruchów stopy	+10
701	zaburzenia czucia	+5
702	zmiany troficzne bardzo nasilone	+5
703	zmiany troficzne miernie nasilone	+3
704	kauzalgia	+20

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
Uwaga: Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego oceniamy wg punktu 148–151, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 153. Łączny stopień uszczerbku, który ocenialiśmy wg punktów 148–151 i punktu 153 nie może przekroczyć 70%.		
154. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i przydatności do zaprotezowania:		
705	kształtny kikut pokryty skórą bez zmian troficznych dający możliwości protezowania	50
706	kikut pokryty skórą ze zmianami troficznymi ograniczający możliwości protezowania	60
707	kikut pokryty skórą ze zmianami troficznymi lub z przetokami praktycznie uniemożliwiającymi protezowanie	70
M.3. Staw kolanowy		
155. Złamanie nasad tworzących staw kolanowy i rzepki – w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian (norma zakresu ruchu wynosi od -5° do 120°-150°, pomiar obwodu uda wykonuje się na wysokości 10 cm ponad rzepką):		
155.1. Niewielkie zmiany:		
708	następstwa złamań powodujące subiektywne dolegliwości stawu, z niewielkimi zanikami mięśni uda, bez istotnych ograniczeń zakresu ruchomości kolana	4
709	następstwa złamań z objawami wyraźnej niewydolności stawu kolanowego, z nawracającymi wysiękami kolana, objawami tarcia w stawie, z zanikami mięśni uda do 2 cm, z ubytkiem zakresu ruchomości do 30°	8
155.2. Średnie zmiany:		
710	następstwa złamań z objawami znacznej niewydolności stawu i jego niestabilności, z nawracającymi wysiękami kolana, z objawami tarcia w stawie, z zanikami mięśni uda do 2 cm lub ubytkiem zakresu ruchomości kolana do 45°	12
711	następstwa złamań z objawami znacznej niewydolności stawu i jego niestabilności, z nawracającymi wysiękami kolana, z objawami tarcia w stawie, z zanikami mięśni uda ponad 2 cm lub ubytkiem zakresu ruchomości kolana od 45° i zgięcia powyżej 90°, oraz patellektomia	16
712	następstwa złamań z objawami znacznej niewydolności stawu zanikami mięśni do 4 cm i zesztywnienie kolana w pozycji czynnościowo korzystnej	20
155.3. Duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu):		
713	następstwa złamań z objawami znacznej niewydolności kolana, tarcia w stawie i niestabilności stawu, powodującej stałe „uciekanie kolana" z koniecznością stosowania stabilizatora stawu, z zanikami mięśni powyżej 4 cm lub zesztywnienie w pozycji maksymalnego wyprostu lub zgięcia powyżej 30°	25
714	następstwa złamań z objawami znacznej niewydolności kolana, tarcia w stawie i objawami tak znacznej niestabilności stawu kolanowego, że wymaga stałego stosowania stabilizatora	35
715	następstwa złamań z objawami znacznej niewydolności kolana, tarcia w stawie i objawami tak znacznej niestabilności stawu kolanowego, że wymaga stosowania stabilizatora na stałe oraz stałego używania kul	40
156. Uszkodzenia aparatu więzadłowo–torebkowego (torebki, więzadeł, łąkotek) w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statyczno-dynamicznej kończyny:		
716	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek powodujące subiektywne dolegliwości, z niewielkimi zanikami mięśni uda, bez istotnych ograniczeń zakresu ruchomości kolana	4
717	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami wyraźnej niestabilności stawu kolanowego, z nawracającymi wysiękami kolana, w tym niewydolność więzadła krzyżowego przedniego, z zanikami mięśni uda do 2 cm, z niewielkimi ograniczeniami zakresu ruchomości kolana nie przekraczającymi 30°	8
156.2. Średnie zmiany:		
718	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, w tym brak więzadła krzyżowego przedniego lub tylnego, z nawracającymi wysiękami kolana lub ubytkiem zakresu ruchomości kolana do 45° i z zanikami mięśni uda ponad 2 cm	12
719	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, w tym brak więzadła krzyżowego przedniego lub tylnego, z nawracającymi wysiękami kolana lub ubytki zakresu ruchomości kolana do 45° i ograniczeniami zgięcia powyżej 90°	16
720	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, w tym jednoczesny brak funkcji więzadła krzyżowego przedniego i tylnego, z zanikami mięśni do 4 cm lub ograniczenia zakresu wyprostu kolana utrudniające poruszanie się	20
156.3. Duże zmiany:		
721	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami znacznej niestabilności stawu kolanowego, powodującej stałe „uciekanie kolana", z koniecznością stosowania stabilizatora stawu, z zanikami mięśni powyżej 4 cm lub zesztywnienie w pozycji czynnościowo niekorzystnej	25
722	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami tak znacznej niestabilności stawu kolanowego, że wymaga stosowania stabilizatora na stałe	35
723	następstwa uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego i łąkotek z objawami tak znacznej niestabilności stawu kolanowego, że wymaga stosowania stabilizatora na stałe oraz stałego używania kul	40

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego (blizny skóry, ciała obce) – w zależności od dolegliwości obrzęków, przewlekłych stanów zapalnych, przetok i innych zmian wtórnych:		
157.1. Niewielkie zmiany:		
724	następstwa uszkodzeń stawu kolanowego powodujące subiektywne dolegliwości stawu	1
725	następstwa uszkodzeń stawu kolanowego powodujące subiektywne dolegliwości stawu, z niewielkimi zanikami mięśni uda, bez istotnych ograniczeń zakresu ruchomości kolana	4
726	następstwa uszkodzeń stawu kolanowego z objawami mającymi wyraźny wpływ na wydolność stawu kolanowego oraz nawracające wysięki kolana, z zanikami mięśni uda do 2 cm mierzonymi 10 cm powyżej rzepki, z niewielkimi ograniczeniami zakresu ruchomości kolana	8
157.2. Duże zmiany:		
727	następstwa uszkodzeń kolana z objawami znacznej niewydolności stawu, powodujące ubytek zakresu ruchomości kolana od 20° do 45° i zgięcia powyżej 100°, z zanikami mięśni uda ponad 2 cm	12
728	następstwa uszkodzeń kolana z objawami znacznej niewydolności stawu z nawracającymi wysiękami kolana lub ubytek zakresu ruchomości kolana do 45°, z ograniczeniami zgięcia powyżej 100° i z zanikami mięśni uda ponad 4 cm	16
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:		
729	utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
M.4. Podudzie		
159. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:		
159.1. Zmiany niewielkie lub skrócenie do 4 cm:		
730	następstwa prawidłowo wygojonych złamań, z zachowaną osią i długością kończyny, bez zaburzeń ruchomości stawów kolanowego i skokowego z dolegliwościami subiektywnymi	4
731	następstwa prawidłowo wygojonych złamań, z zachowaną osią, ze skróceniem do 2 cm, bez zaburzeń ruchomości stawów kolanowego, z ograniczeniem ruchów stawu skokowego, głównie zgięcia grzbietowego do 10° oraz ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
732	następstwa wygojonych złamań, z niewielkim zagięciem osi kończyny ze skróceniem od 2 do 4 cm, z niewielkimi zaburzeniami ruchomości stawu kolanowego, stawu skokowego do 10° zgięcia grzbietowego i 25° zgięcia podeszwowego i upośledzające chód w stopniu nieznacznym	12
159.2. Znaczne zmiany, lub skrócenie 4–6 cm:		
733	następstwa wygojonych złamań, z zagięciem osi kończyny ze skróceniem 4–5 cm, z zaburzeniami ruchomości stawu skokowego i kolanowego upośledzającymi chód	16
734	następstwa wygojonych złamań, ze znacznym zagięciem osi kończyny, ze skróceniem 5-6 cm, z ograniczeniem ruchomości stawu skokowego na pograniczu jego zesztywnienia oraz z ograniczeniami ruchomości stawu kolanowego upośledzającymi chód w stopniu znacznym	24
735	następstwa wygojonych złamań, ze znacznym, przede wszystkim szpotawym zagięciem osi kończyny ze skróceniem > 6 cm, z zesztywnieniem stawu skokowego oraz z ograniczeniami ruchomości stawu kolanowego upośledzającymi chód w stopniu znacznym, wymagającym stosowania kul lub lasek	28
159.3. Bardzo rozległe zmiany powikłane przewlekłym zapaleniem kości, z przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi i innymi wtórnymi zmianami:		
736	staw rzekomy goleni umożliwiający obciążanie w aparacie ortopedycznym i chodzenie o kulach lub zrost złamania powikłanego zapaleniem kości	30
737	staw rzekomy goleni powikłany dużymi zmianami troficznymi, z wygojonym zapaleniem kości	40
738	zakażony staw rzekomy goleni z przetokami, z dużymi zmianami miejscowymi z zesztywnieniem stawu skokowego	50
160. Izolowane złamanie strzałki – powodujące zniekształcenie lub upośledzenie funkcji kończyny:		
739	izolowane złamanie strzałki – powodujące zniekształcenie lub upośledzenie funkcji kończyny	3
Uwaga: Następstwa złamań kostki bocznej określamy wg kryteriów przyjętych dla stawu skokowego.		
161. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian naczyniowych, troficznych i innych:		
161.1. Niewielkie zmiany:		
740	następstwa wygojonych uszkodzeń tkanek miękkich, z ewentualnymi niewielkimi zaburzeniami ruchomości stawów kolanowego i skokowego z dolegliwościami subiektywnymi	1
741	następstwa wygojonych uszkodzeń tkanek miękkich, z ubytkiem zakresu ruchu do 30°, z dolegliwościami subiektywnymi	4
742	następstwa wygojonych uszkodzeń tkanek miękkich z zaburzeniami ruchomości stawu kolanowego, z ograniczeniem ruchów stawu skokowego, głównie zgięcia grzbietowego do 10° upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym, ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
161.2. Znaczne zmiany:		
743	następstwa wygojonych uszkodzeń tkanek miękkich z zaburzeniami ruchomości stawu kolanowego z ubytkiem zakresu ruchu do 45°, z ograniczeniem ruchów stawu skokowego, w zakresie od 10° zgięcia grzbietowego do 25° zgięcia podeszwowego, upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym	12
744	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym i martwicą skóry, ale wygojonych, ze zmianami troficznymi, z zaburzeniami ruchomości stawu kolanowego, z ubytkiem zakresu ruchu do 60°, z zesztywnieniem stawu skokowego w pozycji czynnościowo korzystnej, upośledzającymi chód w stopniu znacznym	16
745	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym i martwicą skóry, wygojonych z ubytkami skóry, z czynnymi przetokami, z zaburzeniami ruchomości stawu kolanowego, z zesztywnieniem stawu skokowego w pozycji czynnościowo niekorzystnej, i upośledzającymi chód w stopniu znacznym	20
162. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:		
746	przy długości kikuta u osoby dorosłej do 8 cm (mierząc od szpary stawowej)	60
162.1. Przy kikutach dłuższych niż 8 cm (mierząc od szpary stawowej):		
747	kształtny kikut pokryty skórą bez zmian troficznych dający możliwości protezowania	40
748	kikut pokryty skórą, ze zmianami troficznymi ograniczającymi możliwości protezowania	50
749	kikut pokryty skórą, ze zmianami troficznymi lub z przetokami trudny do protezowania	55
M.5. Staw skokowo-goleniowy i skokowo-piętowy		
163. Uszkodzenia stawów skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego, skręcenia, zwichnięcia, złamania, stłuczenia i inne zranienia – w zależności od blizn, zniekształceń, ograniczeń ruchomości, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy, obrzęków przewlekłych i utrzymujących się dolegliwości:		
163.1. Niewielkiego stopnia:		
750	następstwa wygojonych uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego, bez zaburzeń ruchomości stawu skokowego i z dolegliwościami subiektywnymi	1
751	następstwa wygojonych uszkodzeń aparatu więzadłowo-torebkowego, z niewielkimi zaburzeniami ruchomości stawu skokowego i z dolegliwościami subiektywnymi	4
163.2. Średniego stopnia:		
752	następstwa wygojonych uszkodzeń stawu skokowego z istotnymi zaburzeniami ruchomości stawu skokowego, w zakresie od 10° zgięcia grzbietowego do 25° zgięcia podeszwowego upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym, ale ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
163.3. Dużego stopnia:		
753	następstwa wygojonych uszkodzeń z ograniczeniem ruchów stawu skokowego, zbliżonym do zesztywnienia w pozycji czynnościowo korzystnej, w ustawieniu pośrednim, w niewielkim zgięciu podeszwowym, zapewniające w miarę wydolny chód	12
754	następstwa uszkodzeń dających zesztywnienie w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego i powodujące dolegliwości bólowe podczas chodzenia oraz upośledzające chód	16
755	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym wygojonych z zesztywnieniem stawu skokowego w pozycji czynnościowo niekorzystnej, i upośledzającymi chód w stopniu znacznym, zmuszające do posługiwania się kulą lub laską	20
163.4. Powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi:		
756	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym wygojonym z przetokami lub znacznymi zmianami troficznymi i z zesztywnieniem stawu skokowego w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego, lub z nadmierną supinacją lub pronacją stopy powodujące niewydolność chodu oraz konieczność posługiwania się kulą lub laską	28
757	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym wygojonym ze znacznymi zmianami i powodujące zesztywnienie w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego, oraz z nadmierną utrwaloną supinacją lub pronacją stopy oraz dające niewydolność chodu i konieczność posługiwania się kulą lub laską, przy współistniejących zmianach troficznych, przetokach oraz innych zmianach wtórnych utrudniających zaopatrzenie w obuwie ortopedyczne	32
758	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym wygojonym z zesztywnieniem w pozycji czynnościowo niekorzystnej przy współistniejących zmianach wtórnych (przetoki, zmiany troficzne) uniemożliwiających obciążanie kończyny (konieczność chodzenia o 2 kulach)	38
164. Zesztywnienie stawów skokowo-goleniowego lub skokowo-piętowego, w zależności od zniekształceń ustawienia stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:		
164.1. Pod kątem zbliżonym do prostego:		
759	zesztywnienie w pozycji czynnościowo korzystnej, w ustawieniu pośrednim, w niewielkim zgięciu podeszwowym, zapewniające wydolny chód	12
760	zesztywnienie w pozycji czynnościowo korzystnej, w ustawieniu pośrednim, w niewielkim zgięciu podeszwowym, dające dolegliwości podczas chodzenia	16
164.2. W innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych:		
761	zesztywnienie w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego dające dolegliwości bólowe podczas chodzenia oraz niewydolność chodu	20

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
762	zesztywnienie w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego, z nadmierną supinacją lub pronacją stopy powodujące niewydolność chodu oraz konieczność posługiwania się kulą lub laską	26
164.3. W ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami:		
763	zesztywnienie w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego, z nadmierną supinacją lub pronacją stopy powodujące niewydolność chodu oraz konieczność posługiwania się kulą lub laską, przy współistniejących zmianach troficznych, przetokach oraz innych zmianach wtórnych utrudniających zaopatrzenie w obuwie ortopedyczne	32
764	zesztywnienie w pozycji czynnościowo niekorzystnej przy współistniejących zmianach wtórnych (przetoki, zmiany troficzne) uniemożliwiających obciążanie kończyny (konieczność chodzenia o 2 kulach)	36
165. Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych, zmian troficznych i innych powikłań:		
165.1. Niewielkie zmiany:		
765	następstwa wygojonych złamań z dolegliwościami subiektywnymi	1
766	następstwa wygojonych złamań, z niewielkimi zaburzeniami ruchomości stawu skokowego i z dolegliwościami subiektywnymi	4
767	następstwa wygojonych złamań z istotnymi zaburzeniami ruchomości stawu skokowego, głównie zgięcia grzbietowego upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym, ze zmianami w obrębie stawu skokowo-piętowego oraz ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
165.2. Średnie zmiany:		
768	następstwa wygojonych uszkodzeń z ograniczeniem ruchów stawu skokowego, zbliżonym do zesztywnienia w pozycji czynnościowo korzystnej, w ustawieniu pośrednim, z dużymi zmianami wtórnymi w stawie skokowo-piętowym zapewniające wydolny, ale upośledzony chód	12
769	następstwa uszkodzeń dających zesztywnienie w pozycji pośredniej z dużymi zmianami wtórnymi w stawie skokowo-piętowym i powodujące znaczne dolegliwości bólowe podczas chodzenia oraz upośledzające chód	16
165.3. Duże zmiany z częściową utratą kości:		
770	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym, wygojonych z zesztywnieniem stawu skokowego w pozycji czynnościowo niekorzystnej, z dużymi zmianami wtórnymi w stawie skokowo-piętowym i upośledzającymi chód w stopniu znacznym, zmuszające do posługiwania się kulą lub laską	20
771	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym, wygojonych ze znacznymi zmianami i powodujące zesztywnienie w pozycji nadmiernego zgięcia podeszwowego lub grzbietowego oraz z nadmierną supinacją lub pronacją stopy, oraz dające niewydolność chodu i konieczność posługiwania się kulą lub laską przy współistniejących zmianach troficznych, przetokach oraz innych zmianach wtórnych utrudniających zaopatrzenie w obuwie ortopedyczne	28
166. Utrata kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy:		
772	następstwa uszkodzeń z ograniczeniem ruchów stawu skokowego i z dużymi zmianami wtórnymi lub z zesztywnieniem w pozycji czynnościowo korzystnej, w ustawieniu pośrednim, umożliwiające zaopatrzenie w obuwie ortopedyczne, z możliwością obciążania kończyny	32
773	następstwa uszkodzeń z dużymi zmianami wtórnymi lub z zesztywnieniem w pozycji czynnościowo niekorzystnej, bez możliwości zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne i bez możliwości obciążania kończyny	36
167. Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniami, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi – w zależności od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
167.1. Miernego stopnia:		
774	następstwa uszkodzeń, z niewielkimi zniekształceniami i z dolegliwościami subiektywnymi	1
775	następstwa uszkodzeń, z niewielkimi zaburzeniami budowy i statyki stępu oraz z dolegliwościami subiektywnymi	4
776	następstwa uszkodzeń z istotnymi zaburzeniami budowy i statyki stępu upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym, ze zmianami wtórnymi w obrębie stawów stępu i ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
167.2. Znacznego stopnia lub innymi powikłaniami:		
777	następstwa uszkodzeń wygojonych z wtórną deformacją utrudniającą chodzenie i wymagającą zaopatrzenia ortopedycznego	12
778	następstwa uszkodzeń powikłanych stanem zapalnym, wygojonych z wtórną deformacją, zmianami troficznymi oraz z przetokami i utrudniające chodzenie i wymagającą zaopatrzenia ortopedycznego	16
168. Złamania kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń statyczno-dynamicznych oraz innych zmian:		
168.1. I lub V kość śródstopia:		
779	następstwa uszkodzeń z niewielkimi zniekształceniami i z dolegliwościami subiektywnymi	1
780	następstwa uszkodzeń, najczęściej złamań bez przemieszczeń, z niewielkimi zaburzeniami budowy i statyki, głównie z dolegliwościami subiektywnymi	2
781	następstwa uszkodzeń, najczęściej złamań z przemieszczeniami, z istotnymi zaburzeniami budowy i statyki, upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym i ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
782	następstwa złamań z przemieszczeniem I i V kości śródstopia dające deformację wymagającą zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
168.2. II, III i IV kość śródstopia:		
783	następstwa uszkodzeń z niewielkimi zniekształceniami i z dolegliwościami subiektywnymi	1
784	następstwa uszkodzeń, najczęściej złamań bez przemieszczeń, z niewielkimi zaburzeniami budowy i statyki, głównie z dolegliwościami subiektywnymi	2
785	następstwa uszkodzeń, najczęściej złamań z przemieszczeniami, z istotnymi zaburzeniami budowy i statyki upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym i ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
168.3. Złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
786	następstwa złamań co najmniej trzech kości śródstopia, powodujące deformację i dające zaburzenia wydolności chodu	12
787	następstwa złamań co najmniej trzech kości śródstopia, dające deformację wymagającą zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	16
169. Powikłane złamania kości śródstopia – w zależności od powikłań o:		
788	zapalenie kości	+2
789	przetoki	+2
790	wtórne zmiany troficzne	+2
791	zmiany neurologiczne	+2

Uwaga:
Powikłane złamania kości śródstopia oceniamy wg punktu 168, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o uszczerbki wymienione w punkcie 149.

170. Inne uszkodzenia stopy w zależności od dolegliwości blizn, zniekształceń, zmian troficznych zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:		
170.1. Zmiany niewielkie:		
792	następstwa wygojonych uszkodzeń z niewielkimi zaburzeniami statyki ruchomości palców oraz głównie z dolegliwościami subiektywnymi	4
170.2. Duże zmiany:		
793	następstwa uszkodzeń, z istotnymi zaburzeniami budowy i statyki upośledzającymi chód w stopniu nieznacznym i ze znacznymi dolegliwościami subiektywnymi	8
794	następstwa uszkodzeń, z dużymi zmianami troficznymi oraz istotnymi zaburzeniami budowy i statyki upośledzającymi chód w stopniu znacznym i wymagające zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12
171. Utrata stopy w całości:		
795	utrata stopy w całości	50
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:		
796	utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
173. Utrata stopy w stawie Lisfranca:		
797	utrata stopy w stawie Lisfranca	30
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia:		
798	utrata stopy w obrębie kości śródstopia	25

M.6. Palce stopy

175. Uszkodzenia palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:		
799	ubytki opuszka lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	4
800	utrata paliczka paznokciowego palucha	8
801	utrata całego palucha	12
176. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości uszkodzenia (części miękkich):		
802	niewielkie zmiany	1
803	średnie zmany	3
804	duże zmiany	5
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:		
805	utrata palucha z częścią kości śródstopia	16
806	utrata palucha z całą kością śródstopia	20
807	utrata palucha z całą kością śródstopia przy dużych zmianach wtórnych uniemożliwiających zaopatrzenie ortopedyczne i znacznie upośledzające chód	25
178. Uszkodzenia i ubytki w zakresie palców II, III, IV i V łącznie:		
808	częściowa utrata, niewielkie zmiany	1
809	częściowa utrata, znaczne zmiany	2

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia
810	całkowita utrata, duże zmiany	4
179. Utrata palca V wraz z kością śródstopia:		
811	utrata palca V z częścią kości śródstopia	5
812	utrata palca V z całą kością śródstopia	10
813	utrata palca małego z całą kością śródstopia przy dużych zmianach wtórnych uniemożliwiających zaopatrzenie ortopedyczne i znacznie upośledzające chód	15
180. Utrata palców II, III, IV wraz z kością śródstopia:		
814	utrata palców z częścią kości śródstopia	2
815	utrata palców z całą kością śródstopia	4
816	utrata palców z całą kością śródstopia przy dużych zmianach wtórnych uniemożliwiających zaopatrzenie ortopedyczne i znacznie upośledzające chód	8
181. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców:		
817	inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców	1

Uwaga:
W przypadku wszystkich uszczerbków w sekcji M. Uszkodzenia kończyny dolnej, uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn wymagające reamputacji lub uniemożliwiające zastosowanie protezy oceniamy wg amputacji na poziomie wyższym, zaś wymagające reamputacji dodatkowo odejmując procent uszczerbku za kikut istniejący przed urazem.

N. Porażenia lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych		prawa	lewa
182. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:			
818	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	8	
819	nerwu piersiowego długiego	10	8
820	nerwu zasłonowego	12	
821	nerwu udowego	20	
822	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10	
823	nerwu sromowego wspólnego	15	
824	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	8	
182.1. Nerwu pachowego:			
825	częściowe – czuciowe	10	8
826	całkowite – ruchowe lub czuciowe	20	16
182. 2. Nerwu mięśniowo-skórnego			
827	częściowe – czuciowe	8	4
828	całkowite	20	16
182.3. Nerwu promieniowego:			
829	upośledzenie prostowania przedramienia	+3	+2
830	upośledzenie odwracania przedramienia	+3	+2
831	upośledzenie prostowania ręki	+10	+8
832	osłabienie zginania przedramienia	+3	+2
833	upośledzenie prostowania i odwodzenia kciuka	+10	+8
834	upośledzenie prostowania w stawach śródręczno-paliczkowych	+6	+4
835	osłabienie przywodzenia ręki	+4	+3
836	osłabienie odwodzenia ręki	+4	+3
837	zaburzenia czucia	+3	+1

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Nerwu promieniowego (punkt 182.3).

182.4. Nerwu pośrodkowego:			
838	upośledzenie czynnego nawracania przedramienia	+4	+2
839	upośledzenie zginania ręki	+4	+2
840	upośledzenie zginania palców	+4	+2
841	upośledzenie ruchów kciuka (niemożność przeciwwstawiania i zginania)	+10	+8
842	zaburzenia czucia	+5	+4
843	zaburzenia wegetatywne (naczynioruchowe lub troficzne)	+5	+4

Uwaga:
Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Nerwu pośrodkowego (punkt 182.4).

182.5. Nerwu łokciowego:			
844	częściowe – czuciowe	5	3
845	częściowe – ruchowe	15	10
846	częściowe – czuciowe i ruchowe	20	15
847	całkowite	30	20

Kod zdarzenia	Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Procent sumy ubezpieczenia	
182.6. Splotu barkowego:			
848	upośledzenie odwodzenia ramienia	+5	+4
849	upośledzenie zginania w stawie łokciowym	+5	+4
850	upośledzenie odwracania przedramienia	+5	+4
851	porażenie zginaczy i prostowników przedramienia	+5	+4
852	porażenie mięśni ręki	+20	+15
853	zaburzenia czucia	+5	+5
Uwaga: Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Splotu barkowego (punkt 182.6).			
182.7. Pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:			
854	czuciowe	7	
855	całkowite – ruchowe lub czuciowe	12	
182.8. Nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:			
856	osłabienie obrotu na zewnątrz w stawie biodrowym	+5	
857	upośledzenie zgięcia w stawie kolanowym	+5	
858	zniesienie ruchów stopy	+30	
859	upośledzenie ruchów stopy	+15	
860	zaburzenia czucia	+5	
861	zmiany troficzne bardzo nasilone	+10	
862	zmiany troficzne miernie nasilone	+5	
863	kauzalgia	+10	
Uwaga: Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (punkt 182.8). W przypadkach uszkodzeń częściowych nerwów oceniamy je wg objawów dotyczących gałęzi nerwu i nie może on przekroczyć norm przewidzianych w punktach 182.9, 182.10 oraz 182.11			
182.9. Nerwu piszczelowego:			
864	brak zgięcia podeszwowego stopy i palców	+20	
865	upośledzenie zgięcia podeszwowego stopy i palców	+8	
866	zaburzenia czucia	+5	
867	zmiany troficzne bardzo nasilone	+10	
868	zmiany troficzne miernie nasilone	+5	
Uwaga: Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Nerwu piszczelowego (punkt 182.9).			
182.10. Nerwu strzałkowego:			
869	osłabienie zgięcia podeszwowego stopy	+4	
870	brak możliwości nawracania stopy	+4	
871	osłabienie zginania i prostowania palców	+3	
872	zaburzenia czucia	+10	
Uwaga: Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Nerwu strzałkowego (punkt 182.10).			
182.11. Splotu lędźwiowo-krzyżowego:			
873	osłabienie obrotu na zewnątrz w stawie biodrowym	+10	
874	upośledzenie zginania i prostowania w stawie biodrowym	+10	
875	upośledzenie przywodzenia uda	+10	
876	zniesienia ruchów stawu kolanowego	+10	
877	zniesienie ruchów stopy	+10	
878	zaburzenia czucia	+10	
879	zmiany troficzne	+10	
Uwaga: Sumujemy poszczególne rodzaje uszczerbków Splotu lędźwiowo-krzyżowego (punkt 182.11). Według punktu 182 oceniamy tylko izolowane uszkodzenia nerwów obwodowych. Współistniejące uszkodzenia kostne, mięśniowe i nerwowe oceniamy wg pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyn górnych i dolnych. Uszkodzenia nerwów obwodowych powinny być udokumentowane badaniem neurofizjoligicznym (EMG i neuroprzewodnictwo). Uszkodzenia całkowite muszą zostać udokumentowane badaniem neurofizjoligicznym (EMG i neuroprzewodnictwo). W ocenie następstw uszkodzeń nerwów obwodowych następstwa nie mogą przekraczać uszczerbków przewidzianych dla amputacji na poziomie odpowiadającym zakresowi unerwienia.			
183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną:			
880	w obrębie kończyny górnej	50	30
881	w obrębie kończyny dolnej	40	40

Załącznik 3
Operacje chirurgiczne – 3 podgrupy

Spis treści

Tabela 1. Operacje chirurgiczne 319
A. Operacje układu nerwowego 319
B. Operacje tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego 320
C. Operacje piersi 320
D. Operacje oka 320
E. Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego 321
F. Operacje układu oddechowego 321
G. Operacje jamy ustnej 322
H. Operacje przewodu pokarmowego 322
I. Wycięcie zmiany wątroby 323
J. Przezskórna walwuloplastyka. 324
K. Rekonstrukcja innej tętnicy 324
L. Częściowe wycięcie nerki 325
M. Operacja żylaków powrózka nasiennego 326
N. Rekonstrukcja sklepienia pochwy 326
O. Wprowadzenie ekspandera pod skórę. 327
P. Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych 327
Q. Otwarte nastawienie złamania żuchwy 328
R. Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki 329

W Załączniku 3 wymieniliśmy operacje chirurgiczne, które obejmujemy ochroną w ubezpieczeniu:

1) Operacja chirurgiczna ubezpieczonego – 3 podgrupy
2) Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3 podgrupy
3) Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera – 3 podgrupy
4) Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3 podgrupy
5) Operacja chirurgiczna dziecka – 3 podgrupy
6) Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3 podgrupy.

W Tabeli 1 wymieniliśmy operacje chirurgiczne przypisane do grup.

Tabela 1. Operacje chirurgiczne

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
A. Operacje układu nerwowego		
1	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	2
2	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	2
3	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	1
4	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	2
5	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	1
6	Drenaż krwiaka śródmózgowego	2
7	Lobotomia/traktotomia	2
8	Wycięcie zmiany opony mózgu	1
9	Wycięcie tkanki mózgu	1
10	Wycięcie guza móżdżku	1
11	Usunięcie ropnia móżdżku	1
12	Wycięcie guza pnia mózgu	1
13	Rekonstrukcja opon mózgowych	2
14	Wentrykulostomia	2
15	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	2
16	Wszczepienie stymulatora mózgu	2
17	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	1
18	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	2
19	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	2
20	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	1
21	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	3
22	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	1
23	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	3
24	Odbarczenie nerwu czaszkowego	2
25	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	1
26	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	3
27	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	3
28	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	2
29	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	1
30	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	2
31	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	2
32	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	2
33	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	2
34	Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych	2
35	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	2
36	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	2
37	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	2
38	Dekortykacja opon mózgu	2
39	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	1
40	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	1
41	Usunięcie ropnia pnia mózgu	1
42	Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	1
43	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	1

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
44	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	2
45	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	1
46	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	3
47	Sympatektomia szyjna	2
48	Sympatektomia lędźwiowa	2
49	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	1
50	Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	1
51	Przeszczep opony twardej mózgu	1
B. Operacje tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego		
52	Częściowe wycięcie tarczycy	3
53	Całkowite wycięcie tarczycy	2
54	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	2
55	Częściowe wycięcie przytarczyc	3
56	Całkowite wycięcie przytarczyc	2
57	Wycięcie pojedynczej przytarczycy	3
58	Częściowe wycięcie nadnerczy	3
59	Obustronne wycięcie nadnerczy	2
60	Wycięcie zmiany nadnercza	3
61	Operacja szyszynki	1
62	Wycięcie przysadki mózgowej	1
63	Wycięcie zmiany przysadki mózgowej	1
64	Częściowe wycięcie grasicy	3
65	Całkowite wycięcie grasicy	2
66	Torakoskopowe wycięcie grasicy	3
67	Transplantacja grasicy	2
C. Operacje piersi		
68	Miejscowe wycięcie zmiany piersi	3
69	Subtotalna mammektomia	3
70	Wycięcie brodawki sutkowej	3
71	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	3
72	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	2
73	Obustronne całkowite wycięcie piersi	1
74	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	2
75	Jednostronny wszczep do piersi	3
76	Przeszczep skóry na pierś	3
77	Przeszczep uszypułowany na pierś	3
78	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórnomięśniowym	3
79	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	1
D. Operacje oka		
80	Wycięcie gruczołu łzowego	3
81	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	3
82	Wycięcie woreczka lub dróg łzowych	3
83	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	3
84	Wycięcie zmiany ze spojówki	3
85	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	3
86	Usunięcie zrostów spojówki lub powieki	3
87	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	3
88	Wycięcie skrzydlika rogówki	3
89	Przeszczep rogówki	3
90	Nacięcie tęczówki	3
91	Usunięcie zrostów tęczówki	3
92	Wycięcie tęczówki	3
93	Wycięcie zmiany tęczówki	3
94	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	3
95	Wytworzenie przetoki twardówki	3
96	Usunięcie zmiany twardówki	3
97	Naprawa garbiaka twardówki	3
98	Wzmocnienie twardówki	3

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
99	Usunięcie ciała szklistego	3
100	Usunięcie mięśnia okoruchowego	3
101	Wycięcie gałki ocznej	2
102	Zabieg naprawczy pourazowych uszkodzeń struktur oka	2
103	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	2
104	Wycięcie zmiany oczodołu	2
105	Osteoplastyka oczodołu	2
106	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciałka rzęskowego	3
E. Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego		
107	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	3
108	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2
109	Operacja naprawcza błony bębenkowej	3
110	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	3
111	Wycięcie zmiany ucha środkowego	3
112	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	2
113	Drenaż ucha wewnętrznego	3
114	Ablacja struktur ucha wewnętrznego	2
115	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	2
116	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	3
117	Wszczepienie protezy ślimaka	2
118	Wytworzenie przetoki limfatycznej	3
119	Odbarczenie błędnika	2
F. Operacje układu oddechowego		
120	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	3
121	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	3
122	Wycięcie nosa	2
123	Pourazowa plastyka nosa	2
124	Otwarcie zatoki szczękowej	3
125	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	3
126	Otwarcie zatoki czołowej	3
127	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	3
128	Obliteracja zatoki czołowej	3
129	Wycięcie zatoki czołowej	3
130	Otwarcie komórek sitowych	3
131	Wycięcie komórek sitowych	3
132	Otwarcie zatoki klinowej	3
133	Usunięcie zatoki klinowej	3
134	Otwarcie wielu zatok nosa	3
135	Wycięcie gardła	1
136	Wycięcie zmiany gardła	3
137	Rozszerzanie gardła	3
138	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	3
139	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	2
140	Zamknięcie przetoki gardła	3
141	Wycięcie częściowe krtani	3
142	Wycięcie całkowite krtani	2
143	Wycięcie zmiany krtani	3
144	Rozszerzenie krtani	3
145	Operacja przetoki krtani	3
146	Wycięcie chrząstki krtani	3
147	Operacja naprawcza krtani	3
148	Wycięcie strun głosowych	3
149	Wszczepienie protezy głosowej	2
150	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	1
151	Przeszczep krtani	1
152	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	3
153	Operacja naprawcza tchawicy	2
154	Operacja przetoki tchawicy	2

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
155	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	1
156	Częściowe wycięcie tchawicy	2
157	Operacja naprawcza oskrzela	3
158	Operacja przetoki oskrzelowej	3
159	Wycięcie zmiany oskrzela	3
160	Wycięcie oskrzela	2
161	Wycięcie zmiany płuca	2
162	Wycięcie płuca	1
163	Przeszczep płuca	1
164	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	1
165	Wycięcie zmiany śródpiersia	2
166	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	3
G. Operacje jamy ustnej		
167	Wycięcie zmiany języka	3
168	Częściowe wycięcie języka	3
169	Całkowite usunięcie języka	2
170	Wycięcie zmiany ślinianki	3
171	Częściowe wycięcie ślinianki	3
172	Całkowite usunięcie ślinianki	3
173	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	3
174	Zamknięcie przetoki ślinowej	3
175	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	3
176	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	3
177	Korekcja deformacji podniebienia	2
178	Wycięcie zmiany wargi	3
179	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	3
180	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
181	Wycięcie dna jamy ustnej	2
182	Wycięcie języczka	3
183	Wycięcie zmiany migdałka	3
H. Operacje przewodu pokarmowego		
184	Częściowe wycięcie przełyku	2
185	Całkowite wycięcie przełyku	1
186	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	2
187	Wytworzenie sztucznego przełyku	1
188	Zamostkowe wytworzenie przełyku	1
189	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	2
190	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	2
191	Szycie rozerwania przełyku	3
192	Usunięcie zwężenia przełyku	3
193	Podwiązanie żylaków przełyku	3
194	Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	1
195	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
196	Operacja przetoki żołądkowej	3
197	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka	3
198	Pyloromyotomia	2
199	Pyloroplastyka	2
200	Częściowe wycięcie żołądka	2
201	Całkowite wycięcie żołądka	1
202	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	2
203	Zaszycie wrzodu żołądka	2
204	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	3
205	Zespolenie omijające żołądka	2
206	Operacja antyrefluksowa	3
207	Szycie rozerwania żołądka	2
208	Inwersja uchyłka żołądka	2
209	Wycięcie dwunastnicy	2
210	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
211	Wagotomia w chorobie wrzodowej dwunastnicy	2
212	Zespolenie omijające dwunastnicy	2
213	Operacja przetoki dwunastniczej	3
214	Szycie rozerwanej dwunastnicy	3
215	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	2
216	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	2
217	Zespolenie omijające jelita cienkiego	2
218	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	2
219	Wyłonienie jelita cienkiego	2
220	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	3
221	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	3
222	Odprowadzenie skrętu jelita	3
223	Odprowadzenie wgłobienia jelita	3
224	Ufiksowanie jelita cienkiego	3
225	Plikacja jelita cienkiego	3
226	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	3
227	Wycięcie kątnicy	2
228	Operacja przepukliny przeponowej	2
229	Wycięcie poprzecznicy	2
230	Hemikolektomia prawostronna	2
231	Hemikolektomia lewostronna	2
232	Wycięcie esicy	2
233	Totalna śródbrzuszna kolektomia	1
234	Zespolenie omijające jelita grubego	2
235	Operacja przetoki jelita grubego	3
236	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	1
237	Wyłonienie jelita grubego	3
238	Plikacja jelita grubego	3
239	Ufiksowanie jelita grubego	3
240	Szycie rozerwania jelita grubego	3
241	Opierścienienie odbytu	3
242	Operacja przetoki odbytu	3
243	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	3
244	Operacja wypadającego odbytu	3
245	Wycięcie odbytu	2
246	Szycie rozerwania odbytnicy	2
247	Wycięcie odbytnicy	2
248	Częściowe wycięcie odbytnicy	3
249	Ufiksowanie odbytnicy	2
250	Przeszczep mięśnia smukłego	2
251	Wycięcie wyrostka robaczkowego	3
252	Wycięcie żylaków odbytu	3
I. Wycięcie zmiany wątroby		
253	Częściowe wycięcie śledziony	3
254	Całkowite wycięcie śledziony	2
255	Wycięcie zmiany śledziony	3
256	Przeszczep śledziony	2
257	Częściowe wycięcie wątroby	1
258	Całkowite wycięcie wątroby	1
259	Wycięcie zmiany wątroby	2
260	Ablacja zmiany wątroby	3
261	Przeszczep wątroby	1
262	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	2
263	Ufiksowanie wątroby	2
264	Zespolenie przewodu wątrobowego	2
265	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3
266	Cholecystostomia	3
267	Szycie przewodu żółciowego	3

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
268	Wycięcie dróg żółciowych	2
269	Zespolenie przewodu żółciowego	2
270	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	3
271	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	2
272	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	2
273	Wycięcie brodawki Vatera	2
274	Wycięcie przewodu pęcherzykowego	3
275	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	2
276	Częściowe wycięcie trzustki	2
277	Całkowite wycięcie trzustki	1
278	Wycięcie zmiany trzustki	2
279	Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	1
280	Operacja Whipple'a (pankreatoduodenektomia)	1
281	Zespolenie trzustki	2
282	Zespolenie przewodu trzustkowego	2
J. Przezskórna walwuloplastyka		
283	Zamknięta walwulotomia	2
284	Otwarta walwuloplastyka	1
285	Wszczepienie zastawki aortalnej	1
286	Wszczepienie zastawki mitralnej	1
287	Wszczepienie zastawki płucnej	1
288	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	1
289	Operacja naprawcza pierścienia zastawki	1
290	Przezskórna walwuloplastyka	1
291	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	2
292	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	1
293	Zamknięcie ubytku międzykomorowego	1
294	Zamknięcie ubytku przegrody serca	1
295	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	1
296	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	1
297	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	3
298	Pomostowanie tętnic wieńcowych	1
299	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	1
300	Operacje mięśni brodawkowatych serca	2
301	Operacje nici ścięgnistych serca	2
302	Wycięcie osierdzia	1
303	Operacja naprawcza tętniaka serca	1
304	Wycięcie tętniaka serca	1
305	Przebudowanie komory serca	1
306	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	1
307	Przeszczep serca	1
308	Wszczepienie sztucznego serca	1
309	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	2
310	Wszczepienie systemu stymulującego serce	3
311	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	3
312	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	3
313	Otwarta koronaroplastyka	1
314	Operacje beleczek mięśniowych serca	1
315	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	1
316	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	2
317	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	2
318	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	1
K. Rekonstrukcja innej tętnicy		
319	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	1
320	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	3
321	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	2
322	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	2
323	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	1

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
324	Operacja naprawcza aorty	1
325	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	1
326	Rekonstrukcja innej tętnicy	2
327	Szycie tętnicy	3
328	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	1
329	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	1
330	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	2
331	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	1
332	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	1
333	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	3
334	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	1
335	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	2
336	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	2
337	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	1
338	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	1
339	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	1
340	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	3
341	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	2
342	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	3
343	Zespolenie żył jamy brzusznej	2
L. Częściowe wycięcie nerki		
344	Operacja torbieli nerki	3
345	Usunięcie kamienia z nerki	3
346	Pielostomia	3
347	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	2
348	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	2
349	Ablacja termiczna zmiany nerki	3
350	Wycięcie kielicha nerkowego	2
351	Częściowe wycięcie nerki	3
352	Całkowite wycięcie nerki	2
353	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	1
354	Przeszczep nerki	1
355	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	2
356	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	3
357	Operacja przetoki nerkowej (nie dotyczy przezskórnego wytworzenia przetoki)	2
358	Zespolenie układu moczowego	3
359	Plastyka układu moczowego	3
360	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	3
361	Usunięcie kamienia z układu moczowego	3
362	Całkowite usunięcie zmiany z moczowodu	3
363	Korekcja zwężenia moczowodu	3
364	Nacięcie moczowodu	3
365	Częściowe wycięcie moczowodu	3
366	Całkowite usunięcie moczowodu	2
367	Operacja przetoki moczowodowej	2
368	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	2
369	Wszczepienie moczowodu do jelita	2
370	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	2
371	Reimplantacja moczowodu	3
372	Zeszycie rany moczowodu	3
373	Umocowanie moczowodu	3
374	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	3
375	Operacja przeciwodpływowa zewnątrzpęcherzowa	3
376	Uzupełnienie moczowodu wszczepem	3
377	Protezowanie moczowodu	3
378	Sfałdowanie moczowodu	3
379	Uwolnienie moczowodu ze zrostów	3
380	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	3

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
381	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	3
382	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	3
383	Plastyka pęcherza i cewki moczowej	2
384	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	3
385	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	3
386	Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	3
387	Korekcja zwężenia cewki moczowej	3
388	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	3
389	Operacja przetoki pęcherza moczowego	2
390	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	3
391	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	2
392	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
393	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
394	Operacja przetoki pochwowej	3
395	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	2
396	Operacja naprawcza cewki moczowej	3
397	Operacja przetoki cewki moczowej	3
398	Sfałdowanie cewki moczowej	3
399	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	3
400	Wszczepienie protezy cewki moczowej	3
401	Operacja spodziectwa	3
402	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	3
403	Wycięcie lub zniszczenie tkanki gruczołu krokowego (prostaty)	3
404	Wycięcie lub zniszczenie zmiany gruczołu krokowego (prostaty)	3
405	Całkowite wycięcie gruczołu krokowego (prostaty)	2
406	Wycięcie zmiany cewki moczowej	3
407	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	3
408	Operacja przetoki pęcherzowo - macicznej	3
409	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	2
410	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	3
411	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	3
412	Częściowe wycięcie cewki moczowej	3
413	Całkowite wycięcie cewki moczowej	2
M. Operacja żylaków powrózka nasiennego		
414	Operacja wodniaka jądra	3
415	Wycięcie zmiany jądra	3
416	Jednostronne wycięcie jądra	3
417	Wycięcie jedynego jądra	3
418	Wycięcie obu jąder jednoczasowe	2
419	Sprowadzenie jąder	3
420	Protezowanie jądra	3
421	Operacja żylaków powrózka nasiennego	3
422	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
423	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
424	Operacja najądrza	3
425	Wycięcie najądrza	3
426	Wycięcie nasieniowodu	3
427	Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	3
428	Całkowite wycięcie prącia	2
429	Częściowe wycięcie prącia	3
430	Protezowanie prącia	3
431	Reimplantacja prącia	3
432	Operacja naprawcza prącia	3
433	Operacja naprawcza napletka	3
434	Wycięcie moszny	3
N. Rekonstrukcja sklepienia pochwy		
435	Operacja gruczołu Bartholina	3

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
436	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	3
437	Zamknięcie zatoki Douglasa	3
438	Wycięcie zmiany pochwy	3
439	Wycięcie pochwy	3
440	Operacja naprawcza pochwy	3
441	Operacja przetoki pochwowej	3
442	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	3
443	Wycięcie zmiany sromu	3
444	Wycięcie sromu	2
445	Uwolnienie zrostów sromu	3
446	Operacja łechtaczki	3
447	Operacja jajnika lub jajowodu	3
448	Obustronne wycięcie jajników lub jajowodów	3
449	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3
450	Usunięcie mięśniaków macicy	3
451	Wycięcie zmiany trzonu macicy	3
452	Operacja naprawcza przegrody macicy	3
453	Usunięcie zrostów macicy	3
454	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	3
455	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	3
456	Szycie rozdarcia macicy	3
457	Zamknięcie przetoki macicy	3
458	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	3
459	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	3
460	Wycięcie macicy	2
461	Operacje aparatu zawieszającego macicę	3
O. Wprowadzenie ekspandera pod skórę		
462	Przeszczep wolny skóry	3
463	Przeszczep płata skóry owłosionej	3
464	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	3
465	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	3
466	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	3
467	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	3
468	Przeszczep płata skórno-powięziowego	3
469	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	3
470	Przeszczep śluzówki	3
P. Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych		
471	Uwolnienie ścięgna	3
472	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	3
473	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	2
474	Dekortykacja płuca	2
475	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	2
476	Operacja naprawcza przepony	2
477	Szycie rany przepony	2
478	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
479	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	2
480	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	3
481	Operacja przepukliny pępkowej	3
482	Operacja przepukliny udowej jednostronna	3
483	Operacja przepukliny udowej obustronna	2
484	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	3
485	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
486	Plikacja przepony	2
487	Operacja moczownika	3
488	Wycięcie tkanek otrzewnowej	3
489	Operacja naprawcza dotycząca sieci	3
490	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	3
491	Wycięcie zmiany otrzewnej	3

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
492	Uwolnienie zrostów otrzewnowych	3
493	Operacja przewodu limfatycznego	2
494	Wycięcie ścięgna	3
495	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
496	Operacja kaletki	3
497	Wycięcie powięzi	3
498	Wycięcie mięśnia	3
499	Uwolnienie przykurczu mięśnia	3
500	Operacja naprawcza ścięgna	3
501	Operacja naprawcza mięśnia	3
502	Przeszczepienie mięśnia	2
503	Uwolnienie mięśnia	3
504	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	3
505	Zabieg naprawczy opłucnej	3
506	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	3
507	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	3
508	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	3
509	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	3
510	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	3
511	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	3
512	Operacja naprawcza otrzewnej	3
513	Wycięcie pochewki ścięgna	3
514	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	3
Q. Otwarte nastawienie złamania żuchwy		
515	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	2
516	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	2
517	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	3
518	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	3
519	Wycięcie kości twarzoczaszki	3
520	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	3
521	Otwarte nastawienie złamania szczęki	3
522	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	3
523	Otwarte nastawienie kości twarzy	3
524	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	3
525	Przeszczep kostny kości twarzy	3
526	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	3
527	Częściowe wycięcie żuchwy	3
528	Całkowite wycięcie żuchwy	2
529	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	1
530	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	2
531	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	2
532	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	1
533	Operacja złamania kręgu	2
534	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	2
535	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszk	3
536	Wycięcie zmiany kości	3
537	Wycięcie martwaka kości	3
538	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	3
539	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	3
540	Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	3
541	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	3
542	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
543	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3
544	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	3
545	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	3
546	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	3
547	Uwolnienie więzadła	3
548	Otwarte nastawienie zwichnięcia	3

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
549	Wycięcie łękotki kolana	3
550	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	3
551	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	3
552	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	3
553	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	3
554	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	3
555	Operacja stabilizująca staw barkowy	3
556	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	3
557	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	3
558	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	3
559	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	2
560	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
561	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	3
562	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	3
563	Całkowita endoproteza nadgarstka	2
564	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	3
565	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	2
566	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	3
567	Policyzacja palca	3
568	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2
569	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
570	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
571	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	2
572	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	2
573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	2
574	Całkowite wycięcie kości ektopowej	3
575	Częściowe wycięcie kości ektopowej	3
R. Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki		
576	Amputacja kciuka	3
577	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	3
578	Wyłuszczenie nadgarstka	3
579	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	2
580	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	2
581	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
582	Wyłuszczenie w stawie barkowym	2
583	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	1
584	Amputacja palucha	3
585	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	3
586	Wyłuszczenie w stawie skokowym	3
587	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	2
588	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	2
589	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	2
590	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
591	Wyłuszczenie w stawie biodrowymi	2
592	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	1
593	Replantacja kciuka	3
594	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	2
595	Replantacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	2
596	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
597	Replantacja palucha	3
598	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	2
599	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	2
600	Replantacja kończyny dolnej na wysokości kolana	2
601	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
602	Przeszczep całej twarzy	1

Załącznik 4
Operacje chirurgiczne – 5 podgrup

Spis treści

Tabela 1. Operacje chirurgiczne 331
A. Operacje układu nerwowego 331
B. Operacje tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego 332
C. Operacje piersi 332
D. Operacje oka 332
E. Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego 333
F. Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa 333
G. Wycięcie zmiany języka 334
H. Częściowe wycięcie przełyku 334
I. Częściowe wycięcie śledziony 335
J. Zamknięta walwulotomia 336
K. Operacje naczyń tętniczych i żylnych 336
L. Operacje układu moczowego 337
M. Operacje męskich narządów płciowych 338
N. Operacje żeńskiego układu rozrodczego 338
O. Operacje skóry 339
P. Operacje tkanek miękkich 339
Q. Operacje kości i stawów szkieletu oraz kręgosłupa 340
R. Inne operacje 341

W Załączniku 4 wymieniliśmy operacje chirurgiczne, które obejmujemy ochroną w ubezpieczeniu:

1) Operacja chirurgiczna ubezpieczonego – 5 podgrupy
2) Operacja chirurgiczna ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5 podgrupy
3) Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera – 5 podgrupy
4) Operacja chirurgiczna małżonka albo partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5 podgrupy
5) Operacja chirurgiczna dziecka – 5 podgrupy
6) Operacja chirurgiczna dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 5 podgrupy

W Tabeli 1 wymieniliśmy operacje chirurgiczne przypisane do grup.

Tabela 1. Operacje chirurgiczne

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
A. Operacje układu nerwowego		
1	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	3
2	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	3
3	Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	2
4	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	3
5	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	2
6	Drenaż krwiaka śródmózgowego	2
7	Lobotomia/traktotomia	2
8	Wycięcie zmiany opony mózgu	2
9	Wycięcie tkanki mózgu	2
10	Wycięcie guza móżdżku	2
11	Usunięcie ropnia móżdżku	2
12	Wycięcie guza pnia mózgu	2
13	Rekonstrukcja opon mózgowych	2
14	Wentrykulostomia	3
15	Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
16	Wszczepienie stymulatora mózgu	3
17	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	2
18	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	3
19	Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	3
20	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	2
21	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	5
22	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	2
23	Rekonstrukcja nerwu obwodowego	5
24	Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
25	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	2
26	Operacje naprawcze nerwu obwodowego	5
27	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	5
28	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
29	Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	2
30	Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	3
31	Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
32	Drenaż ropnia przestrzeni podpajęczynówkowej	3
33	Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	3
34	Kauteryzacja splotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
35	Podwiązanie naczyń przestrzeni podtwardówkowej	3
36	Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	3
37	Drenaż wodniaka śródczaszkowego	3
38	Dekortykacja opon mózgu	3
39	Wycięcie zmiany tkanki mózgu	1
40	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	1
41	Usunięcie ropnia pnia mózgu	2
42	Wycięcie tkanki rdzenia kręgowego	2
43	Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	2

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
44	Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	2
45	Drenaż przestrzeni podoponowej rdzenia	3
46	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	4
47	Sympatektomia szyjna	3
48	Sympatektomia lędźwiowa	3
49	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	2
50	Wycięcie rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	2
51	Przeszczep opony twardej mózgu	2
B. Operacje tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego		
52	Częściowe wycięcie tarczycy	4
53	Całkowite wycięcie tarczycy	3
54	Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
55	Częściowe wycięcie przytarczyc	4
56	Całkowite wycięcie przytarczyc	3
57	Wycięcie pojedynczej przytarczycy	5
58	Częściowe wycięcie nadnerczy	4
59	Obustronne wycięcie nadnerczy	3
60	Wycięcie zmiany nadnercza	5
61	Operacja szyszynki	2
62	Wycięcie przysadki mózgowej	1
63	Wycięcie zmiany przysadki mózgowej	2
64	Częściowe wycięcie grasicy	4
65	Całkowite wycięcie grasicy	3
66	Torakoskopowe wycięcie grasicy	4
67	Transplantacja grasicy	3
C. Operacje piersi		
68	Miejscowe wycięcie zmiany piersi	4
69	Subtotalna mammektomia	3
70	Wycięcie brodawki sutkowej	4
71	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	4
72	Jednostronne całkowite wycięcie piersi	3
73	Obustronne całkowite wycięcie piersi	2
74	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja piersi	3
75	Jednostronny wszczep do piersi	4
76	Przeszczep skóry na pierś	4
77	Przeszczep uszypułowany na pierś	4
78	Rekonstrukcja piersi płatem mięśniowym lub skórnomięśniowym	4
79	Całkowita obustronna jednoczasowa rekonstrukcja piersi	2
D. Operacje oka		
80	Wycięcie gruczołu łzowego	5
81	Wycięcie zmiany gruczołu łzowego	5
82	Wycięcie woreczka lub dróg łzowych	5
83	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	5
84	Wycięcie zmiany ze spojówki	5
85	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	5
86	Usunięcie zrostów spojówki lub powieki	5
87	Rekonstrukcja spojówki z przeszczepem	5
88	Wycięcie skrzydlika rogówki	5
89	Przeszczep rogówki	5
90	Nacięcie tęczówki	5
91	Usunięcie zrostów tęczówki	5
92	Wycięcie tęczówki	5
93	Wycięcie zmiany tęczówki	5
94	Trepanacja twardówki z usunięciem tęczówki	5
95	Wytworzenie przetoki twardówki	5
96	Usunięcie zmiany twardówki	5
97	Naprawa garbiaka twardówki	5
98	Wzmocnienie twardówki	5

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
99	Usunięcie ciała szklistego	5
100	Usunięcie mięśnia okoruchowego	4
101	Wycięcie gałki ocznej	3
102	Zabieg naprawczy pourazowych uszkodzeń struktur oka	3
103	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
104	Wycięcie zmiany oczodołu	3
105	Osteoplastyka oczodołu	3
106	Usunięcie lub wycięcie zmiany ciałka rzęskowego	5
E. Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego		
107	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	4
108	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
109	Operacja naprawcza błony bębenkowej	5
110	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	4
111	Wycięcie zmiany ucha środkowego	4
112	Wycięcie zmiany ucha wewnętrznego	3
113	Drenaż ucha wewnętrznego	4
114	Ablacja struktur ucha wewnętrznego	3
115	Rekonstrukcja ucha wewnętrznego	3
116	Operacja przetoki ucha wewnętrznego	4
117	Wszczepienie protezy ślimaka	3
118	Wytworzenie przetoki limfatycznej	4
119	Odbarczenie błędnika	3
F. Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa		
120	Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	5
121	Wycięcie małżowiny wewnętrznej nosa	5
122	Wycięcie nosa	3
123	Pourazowa plastyka nosa	3
124	Otwarcie zatoki szczękowej	5
125	Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	5
126	Otwarcie zatoki czołowej	5
127	Wycięcie zmiany zatoki czołowej	5
128	Obliteracja zatoki czołowej	5
129	Wycięcie zatoki czołowej	5
130	Otwarcie komórek sitowych	5
131	Wycięcie komórek sitowych	5
132	Otwarcie zatoki klinowej	5
133	Usunięcie zatoki klinowej	5
134	Otwarcie wielu zatok nosa	5
135	Wycięcie gardła	2
136	Wycięcie zmiany gardła	5
137	Rozszerzanie gardła	4
138	Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	5
139	Operacje naprawcze gardła po usunięciu nowotworu	3
140	Zamknięcie przetoki gardła	4
141	Wycięcie częściowe krtani	4
142	Wycięcie całkowite krtani	3
143	Wycięcie zmiany krtani	4
144	Rozszerzenie krtani	4
145	Operacja przetoki krtani	4
146	Wycięcie chrząstki krtani	4
147	Operacja naprawcza krtani	4
148	Wycięcie strun głosowych	4
149	Wszczepienie protezy głosowej	3
150	Jednoczasowe wycięcie krtani i gardła	1
151	Przeszczep krtani	1
152	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	5
153	Operacja naprawcza tchawicy	4
154	Operacja przetoki tchawicy	4

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
155	Całkowita jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	1
156	Częściowe wycięcie tchawicy	2
157	Operacja naprawcza oskrzela	4
158	Operacja przetoki oskrzelowej	4
159	Wycięcie zmiany oskrzela	4
160	Wycięcie oskrzela	3
161	Wycięcie zmiany płuca	3
162	Wycięcie płuca	1
163	Przeszczep płuca	1
164	Jednoczasowy przeszczep płuca i serca	1
165	Wycięcie zmiany śródpiersia	3
166	Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	5
G. Wycięcie zmiany języka		
167	Wycięcie zmiany języka	5
168	Częściowe wycięcie języka	5
169	Całkowite usunięcie języka	3
170	Wycięcie zmiany ślinianki	5
171	Częściowe wycięcie ślinianki	5
172	Całkowite usunięcie ślinianki	5
173	Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	5
174	Zamknięcie przetoki ślinowej	5
175	Wycięcie zmiany podniebienia twardego	5
176	Wycięcie zmiany podniebienia miękkiego	5
177	Korekcja deformacji podniebienia	4
178	Wycięcie zmiany wargi	5
179	Wycięcie zmiany śluzówki jamy ustnej	5
180	Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	3
181	Wycięcie dna jamy ustnej	3
182	Wycięcie języczka	5
183	Wycięcie zmiany migdałka	5
H. Częściowe wycięcie przełyku		
184	Częściowe wycięcie przełyku	3
185	Całkowite wycięcie przełyku	1
186	Śródpiersiowe zespolenie omijające przełyku	2
187	Wytworzenie sztucznego przełyku	2
188	Zamostkowe wytworzenie przełyku	2
189	Przedmostkowe zespolenie omijające przełyku	2
190	Wprowadzenie endoprotezy przełyku	3
191	Szycie rozerwania przełyku	4
192	Usunięcie zwężenia przełyku	4
193	Podwiązanie żylaków przełyku	4
194	Jednoczasowe usunięcie przełyku i żołądka	1
195	Wytworzenie przetoki przełykowej	4
196	Operacja przetoki żołądkowej	4
197	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka	4
198	Pyloromyotomia	3
199	Pyloroplastyka	3
200	Częściowe wycięcie żołądka	3
201	Całkowite wycięcie żołądka	1
202	Wagotomia choroby wrzodowej żołądka	3
203	Zaszycie wrzodu żołądka	3
204	Zatamowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	4
205	Zespolenie omijające żołądka	3
206	Operacja antyrefluksowa	4
207	Szycie rozerwania żołądka	3
208	Inwersja uchyłka żołądka	3
209	Wycięcie dwunastnicy	3
210	Zaszycie wrzodu dwunastnicy	4

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
211	Wagotomia w chorobie wrzodowej dwunastnicy	4
212	Zespolenie omijające dwunastnicy	3
213	Operacja przetoki dwunastniczej	4
214	Szycie rozerwanej dwunastnicy	4
215	Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
216	Całkowite wycięcie jelita cienkiego	2
217	Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
218	Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	4
219	Wyłonienie jelita cienkiego	4
220	Rekonstrukcja przetoki jelitowej	4
221	Szycie rozerwanego jelita cienkiego	4
222	Odprowadzenie skrętu jelita	4
223	Odprowadzenie wgłobienia jelita	4
224	Ufiksowanie jelita cienkiego	4
225	Plikacja jelita cienkiego	4
226	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	5
227	Wycięcie kątnicy	3
228	Operacja przepukliny przeponowej	2
229	Wycięcie poprzecznicy	3
230	Hemikolektomia prawostronna	2
231	Hemikolektomia lewostronna	2
232	Wycięcie esicy	3
233	Totalna śródbrzuszna kolektomia	1
234	Zespolenie omijające jelita grubego	3
235	Operacja przetoki jelita grubego	4
236	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	2
237	Wyłonienie jelita grubego	4
238	Plikacja jelita grubego	4
239	Ufiksowanie jelita grubego	4
240	Szycie rozerwania jelita grubego	4
241	Opierścienienie odbytu	4
242	Operacja przetoki odbytu	4
243	Wszczepienie sztucznego zwieracza odbytu	4
244	Operacja wypadającego odbytu	4
245	Wycięcie odbytu	3
246	Szycie rozerwania odbytnicy	4
247	Wycięcie odbytnicy	3
248	Częściowe wycięcie odbytnicy	4
249	Ufiksowanie odbytnicy	4
250	Przeszczep mięśnia smukłego	4
251	Wycięcie wyrostka robaczkowego	5
252	Wycięcie żylaków odbytu	5
I. Częściowe wycięcie śledziony		
253	Częściowe wycięcie śledziony	4
254	Całkowite wycięcie śledziony	3
255	Wycięcie zmiany śledziony	4
256	Przeszczep śledziony	3
257	Częściowe wycięcie wątroby	2
258	Całkowite wycięcie wątroby	1
259	Wycięcie zmiany wątroby	4
260	Ablacja zmiany wątroby	5
261	Przeszczep wątroby	1
262	Wewnątrznaczyniowa operacja na naczyniach wątrobowych	4
263	Ufiksowanie wątroby	2
264	Zespolenie przewodu wątrobowego	2
265	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	5
266	Cholecystostomia	5
267	Szycie przewodu żółciowego	5

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
268	Wycięcie dróg żółciowych	3
269	Zespolenie przewodu żółciowego	3
270	Wycięcie zmiany dróg żółciowych	4
271	Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
272	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
273	Wycięcie brodawki Vatera	4
274	Wycięcie przewodu pęcherzykowego	5
275	Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	4
276	Częściowe wycięcie trzustki	3
277	Całkowite wycięcie trzustki	2
278	Wycięcie zmiany trzustki	3
279	Jednoczasowe całkowite wycięcie trzustki i dwunastnicy	1
280	Operacja Whipple'a (pankreatoduodenektomia)	1
281	Zespolenie trzustki	3
282	Zespolenie przewodu trzustkowego	3
J. Zamknięta walwulotomia		
283	Zamknięta walwulotomia	3
284	Otwarta walwuloplastyka	2
285	Wszczepienie zastawki aortalnej	2
286	Wszczepienie zastawki mitralnej	2
287	Wszczepienie zastawki płucnej	2
288	Wszczepienie zastawki trójdzielnej	2
289	Operacja naprawcza pierścienia zastawki	2
290	Przezskórna walwuloplastyka	2
291	Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	3
292	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego	2
293	Zamknięcie ubytku międzykomorowego	2
294	Zamknięcie ubytku przegrody serca	2
295	Całkowita korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	1
296	Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	1
297	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	4
298	Pomostowanie tętnic wieńcowych	2
299	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	2
300	Operacje mięśni brodawkowatych serca	3
301	Operacje nici ścięgnistych serca	3
302	Wycięcie osierdzia	2
303	Operacja naprawcza tętniaka serca	2
304	Wycięcie tętniaka serca	2
305	Przebudowanie komory serca	2
306	Chirurgicznie zmniejszenie komory serca	2
307	Przeszczep serca	1
308	Wszczepienie sztucznego serca	1
309	Wszczepienie systemu mechanicznego wspomagania serca	4
310	Wszczepienie systemu stymulującego serce	5
311	Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora	5
312	Wszczepienie układu resynchronizującego serce CRT	5
313	Otwarta koronaroplastyka	2
314	Operacje beleczek mięśniowych serca	2
315	Pomosty dla rewaskularyzacji serca	2
316	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	3
317	Przezskórne zamknięcie uszka przedsionka	3
318	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	2
K. Operacje naczyń tętniczych i żylnych		
319	Rekonstrukcja tętnic brzusznych	2
320	Endarterektomia tętnic kończyny dolnej	3
321	Wycięcie lub zespolenie tętnic kończyny dolnej	2
322	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic kończyn dolnych	2
323	Operacja tętniaka tętnicy mózgowej	2

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
324	Operacja naprawcza aorty	1
325	Pomost aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych	2
326	Rekonstrukcja innej tętnicy	3
327	Szycie tętnicy	3
328	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	3
329	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza aorty	2
330	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnic kończyn dolnych	3
331	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza gałęzi trzewnych aorty	3
332	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza tętnicy mózgowej	2
333	Wewnątrznaczyniowa operacja naprawcza innej tętnicy	5
334	Wycięcie tętniaka z zespoleniem żył: brzusznych, biodrowych, wrotnych, nerkowych, śledzionowych, żyły głównej dolnej	2
335	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego z zespoleniem	3
336	Wewnątrznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	3
337	Rekonstrukcja tętnicy mózgowej	2
338	Rekonstrukcja tętnicy płucnej	2
339	Wycięcie tętniaka naczyń klatki piersiowej	2
340	Wycięcie zmiany naczynia krwionośnego ze wstawką	4
341	Wycięcie tętniaka naczyń kończyny górnej	3
342	Endarterektomia naczyń kończyny górnej	4
343	Zespolenie żył jamy brzusznej	3
L. Operacje układu moczowego		
344	Operacja torbieli nerki	5
345	Usunięcie kamienia z nerki	5
346	Pielostomia	5
347	Wycięcie lub zniszczenie zmiany układu kielichowo-miedniczkowego	4
348	Wycięcie lub zniszczenie zmiany nerki	4
349	Ablacja termiczna zmiany nerki	4
350	Wycięcie kielicha nerkowego	4
351	Częściowe wycięcie nerki	4
352	Całkowite wycięcie nerki	3
353	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	1
354	Przeszczep nerki	1
355	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	3
356	Zaopatrzenie uszkodzenia urazowego nerki	4
357	Operacja przetoki nerkowej (nie dotyczy przezskórnego wytworzenia przetoki)	4
358	Zespolenie układu moczowego	4
359	Plastyka układu moczowego	4
360	Usunięcie skrzepu z układu moczowego	5
361	Usunięcie kamienia z układu moczowego	5
362	Całkowite usunięcie zmiany z moczowodu	5
363	Korekcja zwężenia moczowodu	5
364	Nacięcie moczowodu	5
365	Częściowe wycięcie moczowodu	4
366	Całkowite usunięcie moczowodu	3
367	Operacja przetoki moczowodowej	3
368	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	3
369	Wszczepienie moczowodu do jelita	3
370	Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	2
371	Reimplantacja moczowodu	4
372	Zeszycie rany moczowodu	5
373	Umocowanie moczowodu	5
374	Operacja moczowodu objętego zwłóknieniem zaotrzewnowym	4
375	Operacja przeciwodpływowa zewnątrzpęcherzowa	4
376	Uzupełnienie moczowodu wszczepem	5
377	Protezowanie moczowodu	4
378	Sfałdowanie moczowodu	5
379	Uwolnienie moczowodu ze zrostów	5
380	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	4

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
381	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	5
382	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	4
383	Plastyka pęcherza i cewki moczowej	3
384	Operacja naprawcza uchyłka pęcherza moczowego	4
385	Plastyka ujścia pęcherza moczowego	4
386	Sfałdowanie ujścia pęcherza moczowego	4
387	Korekcja zwężenia cewki moczowej	5
388	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	5
389	Operacja przetoki pęcherza moczowego	3
390	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	5
391	Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	3
392	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
393	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	2
394	Operacja przetoki pochwowej	4
395	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	2
396	Operacja naprawcza cewki moczowej	4
397	Operacja przetoki cewki moczowej	4
398	Sfałdowanie cewki moczowej	5
399	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	5
400	Wszczepienie protezy cewki moczowej	5
401	Operacja spodziectwa	5
402	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	4
403	Wycięcie lub zniszczenie tkanki gruczołu krokowego (prostaty)	4
404	Wycięcie lub zniszczenie zmiany gruczołu krokowego (prostaty)	4
405	Całkowite wycięcie gruczołu krokowego (prostaty)	3
406	Wycięcie zmiany cewki moczowej	5
407	Wycięcie uchyłka cewki moczowej	5
408	Operacja przetoki pęcherzowo - macicznej	4
409	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
410	Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	4
411	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	5
412	Częściowe wycięcie cewki moczowej	4
413	Całkowite wycięcie cewki moczowej	3
M. Operacje męskich narządów płciowych		
414	Operacja wodniaka jądra	5
415	Wycięcie zmiany jądra	5
416	Jednostronne wycięcie jądra	5
417	Wycięcie jedynego jądra	5
418	Wycięcie obu jąder jednoczasowe	3
419	Sprowadzenie jąder	5
420	Protezowanie jądra	5
421	Operacja żylaków powrózka nasiennego	5
422	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	4
423	Operacja pęcherzyków nasiennych	4
424	Operacja najądrza	5
425	Wycięcie najądrza	5
426	Wycięcie nasieniowodu	5
427	Wycięcie lub zniszczenie zmiany prącia	5
428	Całkowite wycięcie prącia	3
429	Częściowe wycięcie prącia	5
430	Protezowanie prącia	4
431	Reimplantacja prącia	4
432	Operacja naprawcza prącia	5
433	Operacja naprawcza napletka	5
434	Wycięcie moszny	4
N. Operacje żeńskiego układu rozrodczego		
435	Operacja gruczołu Bartholina	5

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
436	Wycięcie lub zniszczenie zmiany w zatoce Douglasa	5
437	Zamknięcie zatoki Douglasa	5
438	Wycięcie zmiany pochwy	5
439	Wycięcie pochwy	4
440	Operacja naprawcza pochwy	4
441	Operacja przetoki pochwowej	4
442	Rekonstrukcja sklepienia pochwy	4
443	Wycięcie zmiany sromu	5
444	Wycięcie sromu	3
445	Uwolnienie zrostów sromu	5
446	Operacja łechtaczki	5
447	Operacja jajnika lub jajowodu	5
448	Obustronne wycięcie jajników lub jajowodów	4
449	Wycięcie zmiany szyjki macicy	5
450	Usunięcie mięśniaków macicy	5
451	Wycięcie zmiany trzonu macicy	5
452	Operacja naprawcza przegrody macicy	5
453	Usunięcie zrostów macicy	5
454	Zniszczenie zmiany trzonu macicy	5
455	Przyszycie macicy do powłok brzusznych	5
456	Szycie rozdarcia macicy	5
457	Zamknięcie przetoki macicy	5
458	Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	5
459	Zabieg naprawczy wrodzonej wady macicy	5
460	Wycięcie macicy	3
461	Operacje aparatu zawieszającego macicę	4
O. Operacje skóry		
462	Przeszczep wolny skóry	5
463	Przeszczep płata skóry owłosionej	5
464	Przeszczep innej niż własna tkanki do skóry	5
465	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	5
466	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	5
467	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	5
468	Przeszczep płata skórno-powięziowego	4
469	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	5
470	Przeszczep śluzówki	5
P. Operacje tkanek miękkich		
471	Uwolnienie ścięgna	5
472	Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	5
473	Wycięcie zmiany ściany klatki piersiowej (z usunięciem żeber)	4
474	Dekortykacja płuca	4
475	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	3
476	Operacja naprawcza przepony	3
477	Szycie rany przepony	3
478	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	3
479	Operacja przepukliny pachwinowej obustronna	3
480	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronna	5
481	Operacja przepukliny pępkowej	5
482	Operacja przepukliny udowej jednostronna	5
483	Operacja przepukliny udowej obustronna	3
484	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej o nieokreślonym umiejscowieniu	5
485	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	5
486	Plikacja przepony	4
487	Operacja moczownika	5
488	Wycięcie tkanek otrzewnowej	5
489	Operacja naprawcza dotycząca sieci	5
490	Operacja naprawcza dotycząca krezki jelita	5
491	Wycięcie zmiany otrzewnej	5

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
492	Uwolnienie zrostów otrzewnowych	5
493	Operacja przewodu limfatycznego	3
494	Wycięcie ścięgna	5
495	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	5
496	Operacja kaletki	5
497	Wycięcie powięzi	5
498	Wycięcie mięśnia	5
499	Uwolnienie przykurczu mięśnia	5
500	Operacja naprawcza ścięgna	5
501	Operacja naprawcza mięśnia	5
502	Przeszczepienie mięśnia	3
503	Uwolnienie mięśnia	5
504	Wycięcie zmiany lub tkanki przepony	4
505	Zabieg naprawczy opłucnej	4
506	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	5
507	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo odbytniczej	5
508	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	5
509	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	5
510	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	5
511	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	5
512	Operacja naprawcza otrzewnej	5
513	Wycięcie pochewki ścięgna	5
514	Operacja naprawcza dotycząca powięzi	5
Q. Operacje kości i stawów szkieletu oraz kręgosłupa		
515	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	3
516	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	3
517	Otwarte nastawienie złamania kości nosa	4
518	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	4
519	Wycięcie kości twarzoczaszki	4
520	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	4
521	Otwarte nastawienie złamania szczęki	4
522	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	4
523	Otwarte nastawienie kości twarzy	4
524	Otwarte nastawienie złamania oczodołu	4
525	Przeszczep kostny kości twarzy	4
526	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	4
527	Częściowe wycięcie żuchwy	4
528	Całkowite wycięcie żuchwy	3
529	Wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	2
530	Usunięcie przepukliny jądra miażdżystego	3
531	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	3
532	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	2
533	Operacja złamania kręgu	3
534	Rekonstrukcja wielu kości twarzoczaszki	3
535	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszk	4
536	Wycięcie zmiany kości	5
537	Wycięcie martwaka kości	5
538	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
539	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
540	Inna osteotomia (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
541	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	4
542	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	5
543	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	4
544	Zamknięta stabilizacja oddzielonej nasady kości	5
545	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	4
546	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	4
547	Uwolnienie więzadła	4
548	Otwarte nastawienie zwichnięcia	4

L.p.	Operacje chirurgiczne	Grupa
549	Wycięcie łękotki kolana	5
550	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	4
551	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	4
552	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	4
553	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	4
554	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	5
555	Operacja stabilizująca staw barkowy	4
556	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	5
557	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	5
558	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	5
559	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	3
560	Częściowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego	4
561	Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	4
562	Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	4
563	Całkowita endoproteza nadgarstka	3
564	Całkowita endoprotezoplastyka stawu stopy, palców stopy	4
565	Całkowita endoprotezoplastyka stawu skokowego	4
566	Rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów stopy	4
567	Policyzacja palca	4
568	Całkowita rekonstrukcja kciuka	4
569	Częściowa endoprotezoplastyka stawu barkowego	4
570	Częściowa endoprotezoplastyka stawu łokciowego	4
571	Całkowita endoprotezoplastyka stawu barkowego	3
572	Całkowita endoprotezoplastyka stawu łokciowego	3
573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego	3
574	Całkowite wycięcie kości ektopowej	4
575	Częściowe wycięcie kości ektopowej	5
R. Inne operacje		
576	Amputacja kciuka	4
577	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	4
578	Wyłuszczenie nadgarstka	3
579	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	3
580	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	3
581	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	3
582	Wyłuszczenie w stawie barkowym	3
583	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	2
584	Amputacja palucha	4
585	Amputacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	4
586	Wyłuszczenie w stawie skokowym	3
587	Amputacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
588	Amputacja kończyny dolnej na wysokości kolana	3
589	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	3
590	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	3
591	Wyłuszczenie w stawie biodrowymi	2
592	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	2
593	Replantacja kciuka	4
594	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	3
595	Replantacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	3
596	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
597	Replantacja palucha	4
598	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	3
599	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	3
600	Replantacja kończyny dolnej na wysokości kolana	3
601	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
602	Przeszczep całej twarzy	1

ERGO HESTIA

Załącznik 5
Powikłania pooperacyjne

W Załączniku 5 wymieniliśmy powikłania pooperacyjne, które obejmujemy ochroną w ubezpieczeniu:

1. Powikłania pooperacyjne ubezpieczonego
2. Powikłania pooperacyjne małżonka albo partnera
3. Powikłania pooperacyjne dziecka

W Tabeli 1 wymieniliśmy powikłania pooperacyjne.

Tabela 2. Powikłania pooperacyjne

Rodzaj operacji	Powikłania pooperacyjne	
I. Operacje tkanek miękkich – usunięcie którejś z przepuklin brzusznych	1	usunięcie jądra (orchidektomia)
	2	przecięcie tętnicy jądrowej
	3	uszkodzenie tętnicy udowej
	4	uszkodzenie jelit wymagające wyłonienia sztucznego odbytu
	5	pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego
II. Operacje tarczycy – usunięcie tarczycy (całkowite lub częściowe usunięcie gruczołu tarczowego)	6	uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego skutkującego powstaniem dysfunkcji narządu głosu trwającej co najmniej 3 miesiące
III. Operacja przewodu pokarmowego – wycięcie żylaków odbytu	7	uszkodzenie mięśni zwieraczy odbytu skutkujące nietrzymaniem stolca
IV. Operacja przewodu pokarmowego – jeden z zabiegów przeprowadzanych na jelicie grubym	8	pełnościenne uszkodzenie moczowodu
	9	pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego
	10	całkowite rozejście się rany pooperacyjnej z wypadnięciem trzewi
	11	rozejście się zespolenia jelitowego
	12	trwałe wytworzenie sztucznego odbytu
	13	pełnościenne uszkodzenie ściany dwunastnicy
V. Operacja naczyń tętniczych i żylnych – tętniaka tętnicy głównej / zabieg operacyjny polegający na usunięciu nieprawidłowo zmienionego odcinka ściany tętnicy	14	uszkodzenie jelita wymagające wyłonienia sztucznego odbytu
	15	niedokrwienne uszkodzenie rdzenia kręgowego wraz z wystąpieniem niedowładu lub porażenia kończyn dolnych, trwającym powyżej trzech miesięcy od zabiegu operacyjnego
VI. Operacje serca – wszczepienie zastawki serca	16	pęknięcie szwów zespalających w pierścieniu zastawki wymagające reoperacji
	17	tamponada serca
	18	rozejście się mostka w okresie 30 dni od wykonania sternotomii
VII. Operacje układu moczowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym usunięciu złogu z nerki lub dróg moczowych	19	uszkodzenie tętnicy nerkowej
	20	pełnościenne uszkodzenie moczowodu
VIII. Operacje żeńskiego układu rozrodczego – wycięcie macicy, wycięcie jajników i jajowodów, usunięcie mięśniaków macicy	21	pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego
	22	pełnościenne uszkodzenie moczowodu
	23	powstanie przetoki moczowodowo-pochwowej
	24	powstanie przetoki pęcherzowo-pochwowej
	25	uszkodzenie jelit wymagające wyłonienia sztucznego odbytu
IX. Operacje kości i stawów szkieletu oraz kręgosłupa – operacje przeprowadzone na tkance kostnej	26	utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia jednego ze wskazanych nerwów: nerwu strzałkowego, kulszowego bądź promieniowego
	27	zator powodujący ostry zespół niewydolności płucnej
X. Operacje oka – operacje przeprowadzane wewnątrz gałki ocznej	28	krwotok wypierający (nadnaczyniówkowy) w trakcie zabiegu operacyjnego na gałce ocznej, skutkujący trwałą utratą widzenia w operowanym oku
	29	zaćma wtórna jako powikłanie operacji wewnątrzgałkowej
XI. Operacje różne – operacje przewodu pokarmowego – zabiegi operacyjne przeprowadzone w zakresie jamy brzusznej	30	jatrogenne usunięcie śledziony
	31	uszkodzenie dróg żółciowych z założeniem drenażu
XII. Operacje różne – operacje torakochirurgiczne przebiegające z otwarciem jamy opłucnej	32	utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu przeponowego

Załącznik 6
Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

W tym dokumencie znajdziesz informacje o tym na jakich zasadach przetwarzamy dane osobowe oraz jakie masz prawa z tym związane.

Zwróć uwagę na to, że w tym dokumencie używamy zwrotów „Ty" oraz „my", aby ułatwić komunikację między nami:

1) jeśli piszemy „ubezpieczający" – mamy na myśli osobę lub podmiot, który zawiera z nami umowę,
2) jeśli piszemy „ubezpieczony" lub używamy zwrotów typu „Ty" (Ciebie, Ci, Twój, itp.) – mamy na myśli osobę, której dane osobowe przetwarzamy. Dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. możesz, przysługują Ci. Tylko w Załączniku 6 do Warunków ERGO Życie w Biznesie formuła „Ty"ma szersze znaczenie niż w całym dokumencie. Obejmuje ona oprócz ubezpieczonego także inne osoby, których dane osobowe przetwarzamy,
3) jeśli piszemy w formie „my" – mamy na myśli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.; dotyczy to również zdań, gdy używamy słów takich jak np. wyznaczyliśmy, przetwarzamy,
4) jeśli stosujemy skrót „RODO" – mamy na myśli Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Kto jest administratorem Twoich danych osobowych, jak się z nim kontaktować

1. Administratorem danych osobowych jesteśmy my, czyli Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.
2. Możesz się z nami kontaktować:
   1) pisemnie, pisząc list na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot,
   2) elektronicznie, na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-71115-41590-RJWRG-16,
   3) telefonicznie, dzwoniąc pod numer: 801 107 107 lub 58 555 55 55.

Czy wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, jak się z nim kontaktować

3. Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, który wspiera nas w realizacji obowiązków dotyczących ochrony danych osobowych. Dlatego możesz się z nim kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz korzystaniem z praw jakie Ci w tym zakresie przysługują.
4. Jeśli chcesz skontaktować się z naszym inspektorem ochrony danych, możesz zrobić to:
   1) pisemnie, wysyłając list na adres ul. Hestii 1, 81-731 Sopot,
   2) elektronicznie, na adres mailowy: iod@ergohestia.pl,
   3) elektronicznie, na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-58185-26619-SWDBT-23,
   4) przez formularz kontaktowy w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl.

ERGO HESTIA

W jakich celach przetwarzamy Twoje dane osobowe

5. Cele w jakich przetwarzamy Twoje dane osobowe wskazujemy w Tabeli 1.

Tabela 1.

Cele przetwarzania danych	Dodatkowe informacje
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej lub objęcia ochroną ubezpieczeniową	przetwarzamy dane zebrane w procesie zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, w tym informacje o stanie zdrowia, informacje o wykonywanym zawodzie
wykonanie umowy ubezpieczenia	wykonujemy m.in. czynności ubezpieczeniowe związane z realizacją świadczeń i musimy wtedy przetwarzać Twoje dane
reasekuracja ryzyk (o ile dotyczy)	zmniejszamy ryzyko ubezpieczeniowe związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową
dochodzenie roszczeń	w sytuacji spornej między nami, gdy nie dojdziemy do porozumienia może się zdarzyć, że będziemy zmuszeni dochodzić swoich roszczeń
marketing bezpośredni własnych produktów i usług	prowadzimy działania analityczne z wykorzystaniem Twoich danych, co pozwala nam na: 1) komunikowanie się z Tobą, aby w przyszłości przedstawić Ci nasze usługi dopasowane do Twoich potrzeb 2) tworzenie profili marketingowych naszych klientów
przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym	jeżeli będzie to niezbędne do przeciwdziałania nadużyciom oraz wykorzystywaniu naszej działalności dla celów przestępczych
rozpatrzenie reklamacji, wniosków i zapytań	rozpatrujemy zgłoszone reklamacje i odwołania dotyczące naszych usług, a także wnioski i zapytania skierowane do nas
wypełnienie obowiązków wynikających z przepisów prawa	do naszych obowiązków należy m.in.: 1) ocena ryzyka ubezpieczeniowego, dlatego przetwarzamy dane ubezpieczonych lub uprawnionych z umowy ubezpieczenia dotyczące stanu zdrowia, aby cenić ryzyko ubezpieczeniowe lub wykonać umowę (zgodnie z art. 41 ust.1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej); 2) przeciwdziałanie praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu – przepisy Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (dalej: ustawa AML) nakazują nam sprawdzić, czy nie zachodzą okoliczności, które uniemożliwiałyby zawarcie i wykonanie umowy ubezpieczenia; 3) wypełnienie międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenie ustawodawstwa FATCA (ang. Foreign Account Tax Compliance Tax); 4) automatyczna wymiana informacji podatkowych z innymi państwami CRS (ang. Common Reporting Standard)
wypełnienie obowiązków w związku z sankcjami	jesteśmy zobowiązani do wykonywania obowiązków w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami polskimi i międzynarodowymi m.in. Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej
analityka i statystyka	w ramach wykonywanej działalności ubezpieczeniowej prowadzimy własną analitykę i statystykę
cele wyrażone w zgodzie	jeżeli wyrazisz zgodę to będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celach wyrażonych w zgodzie (innych niż wymienione powyżej)

Czym jest profilowanie i kiedy je stosujemy

6. Profilowanie to automatyczne podejmowanie decyzji (bez udziału człowieka), w zakresie oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przedstawienia oferty ubezpieczeniowej, zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, w tym ustalenia wysokości składki.
7. Takie decyzje będziemy podejmować na podstawie danych zebranych w procesie objęcia ochroną ubezpieczeniową. Należą do nich m.in.:
   1) data urodzenia,
   2) informacja o stanie zdrowia.
8. Profilowanie możemy zastosować także:
   1) w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres – na podstawie danych zebranych podczas zawarcia umowy ubezpieczenia, obejmowania ochroną i wykonania tej umowy;
   2) w procesie obsługi roszczenia w celu wybrania ścieżki obsługowej – na podstawie danych zebranych w trakcie zgłoszenia roszczenia dla poszczególnych roszczeń;
   3) realizując marketing bezpośredni własnych produktów i usług – na podstawie Twoich danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do Twoich potrzeb.

Jakie są podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

9. Podstawy prawne przetwarzania Twoich danych osobowych to:
   1) niezbędność do zawarcia umowy ubezpieczenia, objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonania umowy ubezpieczenia, reasekuracji ryzyka,
   2) prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak:
      a) marketing bezpośredni naszych produktów i usług;
      b) dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
      c) przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na naszą szkodę;
      d) zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem umowy ubezpieczenia i obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową (o ile dotyczy);
      e) analityka i statystyka;
      f) uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Munich Re (do której należy administrator danych osobowych), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane,
   3) wypełnienie naszych obowiązków prawnych (wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej),
   4) zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.

Komu możemy przekazywać Twoje dane osobowe

10. Twoje dane osobowe możemy przekazywać:
   1) zakładom reasekuracji (o ile dotyczy),
   2) podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
   3) innym zakładom ubezpieczeń w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości,
   4) innym podmiotom w przypadku udzielenia odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług,
   5) innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych,
   6) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie,

7) podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

11. Przekazujemy Twoje dane osobowe podmiotom, które przetwarzają je na nasze zlecenie, aby w sposób prawidłowy realizować umowę ubezpieczenia i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Z każdym z tych podmiotów mamy zawartą odpowiednią umowę, w której regulujemy szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem Twoich danych – tak aby były one bezpieczne.
12. Podmioty przetwarzające dane osobowe na nasze zlecenie to m.in.:
    1) dostawcy usług IT,
    2) podmioty przetwarzające dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, obsługi roszczeń,
    3) podmioty organizujące lub wykonujące czynności związane z oceną ryzyka lub obsługą roszczeń,
    4) agenci ubezpieczeniowi.

Czy i na jakich zasadach możemy przekazać Twoje dane osobowe poza EOG

13. Twoje dane osobowe możemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy (dalej: EOG) tylko wtedy, gdy będzie to konieczne oraz zapewnimy odpowiedni stopień ich ochrony.
14. Dane przekażemy do państwa trzeciego, w stosunku, do którego na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzono odpowiedni stopień ochrony danych lub z wykorzystaniem typowych klauzul umownych zatwierdzonych przez Komisję Europejską. Komisja Europejska publikuje listę państw, które otrzymały taką decyzje na swojej stronie internetowej.
15. Odbiorcami danych w państwach trzecich mogą być:
    1) organy państwowe wyznaczone prawnie do gromadzenia danych o zdarzeniu lub prowadzące postępowanie związane ze zgłoszonym zdarzeniem na terenie tego państwa, lub
    2) podmioty świadczące na terenie tego państwa usługi w celu pomocy osobie poszkodowanej lub ograniczenia skutków zdarzenia (o ile dotyczy).
16. Przekażemy dane poza EOG tylko, gdy będzie to niezbędne do:
    1) wykonania umowy między Tobą a nami,
    2) wykonania umowy zawartej w Twoim interesie (pomiędzy nami a inną osobą fizyczną lub prawną),
    3) ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
17. Z zachowaniem zasad ochrony danych opisanych powyżej możemy zlecać wykonanie określonych usług bądź zadań informatycznych usługodawcom mającym siedzibę poza EOG.
18. Możesz zażądać dalszych informacji o sposobach uzyskania kopii zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępniania.
19. Wyjątkiem jest dodatkowe ubezpieczenie Global Doctors i gdy ubezpieczony wybierze placówkę medyczną, która znajduje się w państwie trzecim (poza EOG), która nie zapewnia należytego stopnia ochrony (tj. co do którego Komisja Europejska nie wydała decyzji, o której mowa w pkt 14 lub brak jest odpowiednich zabezpieczeń określonych w art. 46 RODO. W takiej sytuacji poinformujemy Cię o ryzyku, z którym może się dla Ciebie wiązać proponowane przekazanie danych osobowych do takiej placówki medycznej.

Jakie masz prawa związane z przetwarzaniem Twoich danych osobowych

20. Twoje prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przedstawiamy w Tabeli 3.

Tabela 3 . Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

Prawa	Dodatkowe informacje
prawo dostępu do danych osobowych	uzyskasz od nas potwierdzenie, czy przetwarzamy Twoje dane osobowe, umożliwimy Ci dostęp do Twoich danych osobowych oraz udzielimy wymaganych prawnie informacji
prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych	sprostujemy dane, jeżeli są nieprawidłowe, uzupełnimy niekompletne dane, a także na Twoje żądanie usuniemy lub ograniczymy przetwarzanie danych osobowych
prawo wniesienia sprzeciwu	możesz wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych, jeżeli przetwarzamy je na podstawie prawnie uzasadnionych interesów administratora danych lub strony trzeciej np. na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym wobec profilowania
prawo do przenoszenia danych osobowych	możesz otrzymać od nas swoje dane osobowe w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, na podstawie umowy lub w sposób zautomatyzowany oraz masz prawo przesłać te dane do innego administratora lub zażądać, abyśmy my je przesłali, o ile jest to technicznie możliwe
prawo wniesienia skargi	masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, czyli organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych
prawo do wycofania zgody	jeżeli wycofasz zgodę na przetwarzanie danych to pozostanie to bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem
prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjętej decyzji w sposób automatyczny, jej zakwestionowania oraz wyrażenia własnego stanowiska lub żądania interwencji człowieka celem ponownej analizy danych oraz uzyskania indywidualnej decyzji	jeżeli stosujemy profilowanie, czyli podejmujemy decyzje w sposób automatyczny to masz prawo do otrzymania stosownych wyjaśnień co do podstaw podjęcia takiej decyzji; możesz zakwestionować tak wydaną decyzję oraz wyrazić własne stanowisko lub żądać interwencji człowieka, który ponownie przeanalizuje dane, a Ty uzyskasz indywidualną decyzję

21. W celu skorzystania z praw określonych w Tabeli 3 skontaktuj się z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych.

Jak długo przechowujemy Twoje dane osobowe

22. W przypadku gdy z ubezpieczającym zawarliśmy umowę ubezpieczenia i objęliśmy Cię ochroną ubezpieczeniową, dane osobowe przechowujemy do czasu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia, do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa lub do czasu ustania prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.
23. Obowiązek przechowywania danych osobowych wynikający z przepisów prawa dotyczy w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych związanych z umową ubezpieczenia oraz obowiązku wynikającego z ustawy AML.
24. Jeśli nie objęliśmy Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym, dane osobowe przechowujemy do czasu przedawnienia roszczeń z tego tytułu.
25. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będziemy wykorzystywać do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania.
26. Do celów analitycznych i statystycznych dane przechowujemy przez okres nie dłuższy niż 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Czy podanie danych jest obowiązkowe i co się stanie jeśli ich nie podasz

27. Podanie danych osobowych jest konieczne do:
    1) dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
    2) zawarcia umowy ubezpieczenia;
    3) objęcia ochroną ubezpieczeniową;
    4) wykonywania umowy ubezpieczenia;
    5) realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze.
28. Gdy nie podasz danych osobowych nie będziemy mogli objąć Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym.
29. Podanie danych osobowych w innych celach niż określone powyżej np. w celach marketingowych jest dobrowolne.

Czy weryfikujemy Twoje dane osobowe

30. Mamy prawo do weryfikacji danych osobowych zawartych w umowie ubezpieczenia z listami ogłaszanymi przez Generalnego Inspektora Informacji Finansowej, zawierającymi dane osób stanowiących zagrożenie dla międzynarodowego pokoju i bezpieczeństwa i objętych w związku z tym sankcjami finansowymi – zgodnie z art. 117 ustawy AML.

Dodatkowe informacje dla osoby wskazanej przez ubezpieczonego przy przystąpieniu do umowy lub przy obsłudze roszczenia

W tej części dokumentu osoba wskazana przez ubezpieczonego przy przystąpieniu do umowy lub przy obsłudze roszczenia znajdzie dodatkowe informacje o źródle pochodzenia danych osobowych, kategorii danych, celach i podstawach prawnych przetwarzania danych.

31. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. jest administratorem Twoich danych osobowych, które podaje ubezpieczony, w związku ze świadczeniem mu ochrony ubezpieczeniowej. Obejmują one:
    1) w przypadku partnera – imię, nazwisko, PESEL, obywatelstwo, a dla osób nieposiadających PESEL – typ i numer dokumentu tożsamości.
    2) w przypadku beneficjenta głównego lub dodatkowego – imię, nazwisko, datę urodzenia,
    3) w przypadku osób innych niż ubezpieczony, które korzystają ze świadczeń – imię, nazwisko, dane kontaktowe (e-mail, telefon).

Dodatkowe informacje dla reprezentantów o przetwarzaniu danych osobowych

W tej części dokumentu reprezentanci znajdą dodatkowe informacje o przetwarzaniu ich danych osobowych, w tym o źródle pochodzenia danych osobowych, kategorii danych, celach i podstawach prawnych przetwarzania danych oraz prawach związanych z przetwarzaniem danych.

32. Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. jest administratorem Pani/Pana danych osobowych, które podaje osoba, w imieniu której Pani/Pan działa.
33. Przetwarzamy Pana/Pani dane osobowe w następujących celach:
    1) kontaktowych w związku z zawarciem, zmianą oraz wykonaniem umowy pomiędzy nami a podmiotem, w imieniu, którego działa Pani/Pan jako osoba upoważniona do reprezentacji, wspólnik, współpracownik, pracownik, pełnomocnik lub osoba, którą ubezpieczający, ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy posługuje się przy realizacji umowy, a także w celach ewentualnego ustalenia lub dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami z tej umowy;

2) wypełniania naszych obowiązków prawnych m.in. związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wynikających z Ustawy AML;

3) archiwizacyjnych.

34. Zakres danych obejmuje: imię, nazwisko, służbowy numer telefonu, służbowy adres e-mail.
Aby zrealizować obowiązki administratora danych wynikających z Ustawy AML, zakres danych obejmuje:

1) w przypadku osoby reprezentującej osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej: imię i nazwisko, PESEL oraz państwo urodzenia;

2) w przypadku osoby upoważnionej do działania w imieniu podmiotu, z którym zawarliśmy umowę: imię i nazwisko, obywatelstwo, PESEL oraz państwo urodzenia, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby, data ważności dokumentu tożsamości.

35. Podstawy prawne przetwarzania Pani/Pana danych osobowych to:

1) prawnie uzasadniony interes administratora danych;

2) wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych.

36. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne:

1) do zawarcia, zmiany oraz wykonywania umowy z udziałem Pani/Pana jako osoby upoważnionej do reprezentacji, wspólnika, współpracownika, pracownika, pełnomocnika lub osoby, którą ubezpieczający, ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy posługuje się przy realizacji umowy; oraz

2) na potrzeby wypełnienia obowiązków prawnych administratora danych osobowych m.in. związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu wynikających z Ustawy AML.

37. Dane osobowe możemy przekazywać:

1) podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie m.in. dostawcom usług IT (w tym m.in. dostawcom usług chmury obliczeniowej), podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, kancelariom prawnym, prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, audytorom

2) innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych,

3) upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

38. Przekazujemy Pani/Pana dane osobowe podmiotom, które przetwarzają je na nasze zlecenie, aby w sposób prawidłowy realizować umowę i zapewnić odpowiednią organizację naszego przedsiębiorstwa. Z każdym z tych podmiotów mamy zawartą odpowiednią umowę, w której regulujemy szczegółowe obowiązki związane z przetwarzaniem danych tak, aby były one bezpieczne.

39. Pani/Pana dane osobowe możemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy tylko wtedy, gdy będzie to konieczne oraz zapewnimy odpowiedni stopień ich ochrony.

40. Na podstawie Pani/Pana danych nie będziemy podejmowali zautomatyzowanych decyzji.

41. Ma Pani/Pan następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

1) prawo dostępu do swoich danych osobowych;

2) prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;

3) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;

4) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, czyli organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

42. Aby skorzystać z praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych powinna Pani/Pan skontaktować się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych.

43. Pani/Pana dane osobowe przechowujemy do czasu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy zawartej z podmiotem, który Pani/Pan reprezentuje lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa lub do momentu ustania prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.

ERGO HESTIA

Załącznik 7
Informacja o osobie zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W tym dokumencie znajdziesz informacje o tym kim jest osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, członkowie jej rodziny oraz jej bliscy współpracownicy (dalej: PEP). W Tabeli 1 znajdziesz wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi.

Przy zawieraniu umowy poprosimy Cię o złożenie oświadczenia czy jesteś lub czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś PEP.

Jest to nasz obowiązek przewidziany przepisami prawa w zakresie przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu [1].

Kiedy możemy poprosić Cię o dodatkowe informacje

Jeśli będzie to niezbędne do spełnienia naszych obowiązków przewidzianych przepisami prawa w zakresie przeciwdziałania praniu oraz finansowaniu terroryzmu, poprosimy Cię o inne informacje np. o beneficjentów rzeczywistych lub źródło majątku.

Kim jest osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne

1. Osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne to, z wyłączeniem grup stanowisk średniego i niższego szczebla, osoba zajmująca znaczące stanowiska publiczne lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:
   1) szefowie państw, szefowie rządów, ministrowie, wiceministrowie oraz sekretarze stanu;
   2) członkowie parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych;
   3) członkowie organów zarządzających partii politycznych;
   4) członkowie sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych;
   5) członkowie trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych;
   6) ambasadorowie, charges d'affaires oraz wyżsi oficerowie sił zbrojnych;
   7) członkowie organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych;
   8) dyrektorzy, zastępcy dyrektorów oraz członkowie organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach;
   9) dyrektorzy generalni w urzędach naczelnych i centralnych organach państwowych oraz dyrektorzy generalnych urzędów wojewódzkich;
   10) inne osoby zajmujące stanowiska publiczne lub pełniące funkcje publiczne w organach państwa lub centralnych organach administracji rządowej [2].

Kim jest członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

2. Członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne to:
   1) małżonek lub osoba pozostająca we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne;

2) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu;

3) rodzice osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne [3].

Kim są osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmujące eksponowane stanowisko polityczne

3. Osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne to:

   1) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą;

   2) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne [4].

Jaki jest wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych

4. W Tabeli 1 przedstawiliśmy wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi [5].

Kto jeszcze jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne

5. Poza osobami wskazanymi w Tabeli 1 PEP to również dyrektor, zastępca dyrektora oraz członek organów organizacji międzynarodowych lub osoba pełniąca równoważne funkcje w tych organizacjach.

Tabela 1. Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych

1) Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2) Prezes Rady Ministrów
3) wiceprezes Rady Ministrów
4) minister
5) sekretarz stanu
6) podsekretarz stanu
7) poseł
8) senator
9) członek organu reprezentującego na zewnątrz partię polityczną zgłoszoną do ewidencji partii politycznych, prowadzonej przez Sąd Okręgowy w Warszawie
10) członek organu partii politycznej zgłoszonej do ewidencji partii politycznych, prowadzonej przez Sąd Okręgowy w Warszawie, uprawniony do zaciągania zobowiązań majątkowych
11) przewodniczący Trybunału Stanu
12) zastępca przewodniczącego Trybunału Stanu
13) członek Trybunału Stanu
14) sędzia Sądu Najwyższego
15) sędzia Trybunału Konstytucyjnego
16) sędzia Naczelnego Sądu Administracyjnego
17) sędzia Sądu Apelacyjnego
18) Prezes Narodowego Banku Polskiego
19) członek Zarządu Narodowego Banku Polskiego
20) członek Rady Polityki Pieniężnej
21) pełnomocny przedstawiciel Rzeczypospolitej Polskiej w innym państwie lub przy organizacji międzynarodowej
22) charges d'affaires
23) oficer zajmujący stanowisko służbowe w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej zaszeregowane do stopni generalskich (admiralskich)
24) pełnomocnik Ministra Obrony Narodowej powołany na podstawie odrębnej decyzji Ministra Obrony Narodowej
25) dyrektor, prezes przedsiębiorstwa państwowego lub inne stanowisko równoważne
26) przewodniczący rady nadzorczej przedsiębiorstwa państwowego
27) członek rady nadzorczej przedsiębiorstwa państwowego
28) prezes zarządu spółki z udziałem Skarbu Państwa, w której ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych

29) członek zarządu spółki z udziałem Skarbu Państwa, w której ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych

30) przewodniczący rady nadzorczej spółki z udziałem Skarbu Państwa, w której ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych

31) członek rady nadzorczej spółki z udziałem Skarbu Państwa, w której ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych

32) dyrektor generalny urzędu naczelnego organu państwa

33) dyrektor generalny urzędu centralnego organu państwa

34) dyrektor generalny urzędu wojewódzkiego

35) Szef Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej

36) Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

37) Szef Kancelarii Sejmu

38) Szef Kancelarii Senatu

39) wojewoda

40) wicewojewoda

41) marszałek województwa

42) inny niż marszałek województwa członek zarządu województwa

43) wójt, burmistrz, prezydent miasta

44) zastępca wójta, burmistrza i prezydenta miasta

45) starosta

46) inny niż starosta członek zarządu powiatu

47) Dyrektor Generalny Krajowego Ośrodka Wsparcia Rolnictwa

48) zastępca Dyrektora Generalnego Krajowego Ośrodka Wsparcia Rolnictwa

49) Dyrektor Generalny Lasów Państwowych

50) zastępca Dyrektora Generalnego Lasów Państwowych

51) Dyrektor Generalny Służby Więziennej

52) zastępca Dyrektora Generalnego Służby Więziennej

53) dyrektor generalny służby zagranicznej

54) dyrektor generalny urzędu przewodniczącego komitetu wchodzącego w skład Rady Ministrów

55) dyrektor Krajowej Szkoły Administracji Publicznej

56) zastępca dyrektora Krajowej Szkoły Administracji Publicznej

57) Dyrektor Polskiego Centrum Akredytacji

58) zastępca Dyrektora Polskiego Centrum Akredytacji

59) dyrektor Rządowego Centrum Bezpieczeństwa

60) zastępca dyrektora Rządowego Centrum Bezpieczeństwa

61) Dyrektor Transportowego Dozoru Technicznego

62) zastępca Dyrektora Transportowego Dozoru Technicznego

63) Generalny Dyrektor Dróg Krajowych i Autostrad

64) zastępca Generalnego Dyrektora Dróg Krajowych i Autostrad

65) Generalny Dyrektor Ochrony Środowiska

66) zastępca Generalnego Dyrektora Ochrony Środowiska

67) Generalny Inspektor Informacji Finansowej

68) Główny Geodeta Kraju

69) zastępca Głównego Geodety Kraju

70) Główny Inspektor Farmaceutyczny

71) zastępca Głównego Inspektora Farmaceutycznego

72) Główny Inspektor Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych

73) zastępca Głównego Inspektora Jakości Handlowej Artykułów Rolno-Spożywczych

74) Główny Inspektor Nadzoru Budowlanego

75) zastępca Głównego Inspektora Nadzoru Budowlanego

76) Główny Inspektor Ochrony Roślin i Nasiennictwa

77) zastępca Głównego Inspektora Ochrony Roślin i Nasiennictwa

78) Główny Inspektor Ochrony Środowiska

79) Zastępca Głównego Inspektora Ochrony Środowiska

80) Główny Inspektor Pracy

81) zastępca Głównego Inspektora Pracy

82) Główny Inspektor Sanitarny

83) zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

84) Główny Inspektor Transportu Drogowego

85) zastępca Głównego Inspektora Transportu Drogowego

86) Główny Lekarz Weterynarii

87) zastępca Głównego Lekarza Weterynarii

88) Główny Rzecznik Dyscypliny Finansów Publicznych

89) zastępca Głównego Rzecznika Dyscypliny Finansów Publicznych

90) Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej
91) zastępca Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej
92) Komendant Główny Policji
93) zastępca Komendanta Głównego Policji
94) Komendant Główny Straży Granicznej
95) zastępca Komendanta Głównego Straży Granicznej
96) Komendant Służby Ochrony Państwa
97) zastępca Komendanta Służby Ochrony Państwa
98) Naczelny Dyrektor Archiwów Państwowych
99) zastępca Naczelnego Dyrektora Archiwów Państwowych
100) Prezes Agencji Mienia Wojskowego
101) zastępca Prezesa Agencji Mienia Wojskowego
102) Prezes Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa
103) zastępca Prezesa Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa
104) Prezes Biura do spraw Substancji Chemicznych
105) Prezes Głównego Urzędu Miar
106) wiceprezes Głównego Urzędu Miar
107) Prezes Głównego Urzędu Statystycznego
108) wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego
109) Prezes Instytutu Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu
110) zastępca Prezesa Instytutu Pamięci Narodowej – Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu
111) Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
112) zastępca Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
113) Prezes Krajowego Zasobu Nieruchomości
114) zastępca Prezesa Krajowego Zasobu Nieruchomości
115) Prezes Najwyższej Izby Kontroli
116) wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli
117) członek Kolegium Najwyższej Izby Kontroli
118) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
119) zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
120) Prezes Państwowego Gospodarstwa Wodnego Wody Polskie
121) zastępca Prezesa Państwowego Gospodarstwa Wodnego Wody Polskie
122) Prezes Państwowej Agencji Atomistyki
123) wiceprezes Państwowej Agencji Atomistyki
124) Prezes Polskiej Agencji Kosmicznej
125) wiceprezes Polskiej Agencji Kosmicznej
126) Prezes Polskiej Agencji Nadzoru Audytowego
127) Zastępca Prezesa Polskiej Agencji Nadzoru Audytowego
128) Prezes Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości
129) zastępca Prezesa Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości
130) Prezes Polskiej Organizacji Turystycznej
131) wiceprezes Polskiej Organizacji Turystycznej
132) Prezes Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej
133) wiceprezes Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej
134) Prezes Rządowego Centrum Legislacji
135) wiceprezes Rządowego Centrum Legislacji
136) Prezes Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych
137) zastępca Prezesa Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych
138) Prezes Urzędu Dozoru Technicznego
139) Wiceprezes Urzędu Dozoru Technicznego
140) Prezes Urzędu Komunikacji Elektronicznej
141) zastępca Prezesa Urzędu Komunikacji Elektronicznej
142) Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego
143) wiceprezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego
144) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych
145) zastępca Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
146) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów
147) wiceprezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów
148) Prezes Urzędu Patentowego Rzeczypospolitej Polskiej
149) zastępca Prezesa Urzędu Patentowego Rzeczypospolitej Polskiej
150) Prezes Urzędu Regulacji Energetyki
151) wiceprezes Urzędu Regulacji Energetyki
152) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

153) Wiceprezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
154) Prezes Urzędu Transportu Kolejowego
155) wiceprezes Urzędu Transportu Kolejowego
156) Prezes Urzędu Zamówień Publicznych
157) wiceprezes Urzędu Zamówień Publicznych
158) Prezes Wyższego Urzędu Górniczego
159) wiceprezes Wyższego Urzędu Górniczego
160) Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
161) członek Zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
162) Prezes Zarządu Banku Gospodarstwa Krajowego
163) wiceprezes Zarządu Banku Gospodarstwa Krajowego
164) członek Zarządu Banku Gospodarstwa Krajowego
165) Prezes Zarządu Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej
166) zastępca Prezesa Zarządu Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej
167) Prezes Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
168) zastępca Prezesa Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
169) Prokurator Generalny
170) zastępca Prokuratora Generalnego
171) Prokurator Krajowy
172) Przewodniczący Komisji Nadzoru Finansowego
173) Zastępca Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego
174) członek Komisji Nadzoru Finansowego
175) Przewodniczący Państwowej Komisji do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15
176) członek Państwowej Komisji do spraw wyjaśniania przypadków czynności skierowanych przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wobec małoletniego poniżej lat 15
177) Przewodniczący Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji
178) zastępca Przewodniczącego Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji
179) członek Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji
180) Przewodniczący Państwowej Komisji Wyborczej
181) zastępca Przewodniczącego Państwowej Komisji Wyborczej
182) członek Państwowej Komisji Wyborczej
183) przewodniczący Rady do Spraw Uchodźców
184) wiceprzewodniczący Rady do Spraw Uchodźców
185) Przewodniczący Rady Mediów Narodowych
186) członek Rady Mediów Narodowych
187) Rzecznik Finansowy
188) zastępca Rzecznika Finansowego
189) Rzecznik Małych i Średnich Przedsiębiorców
190) zastępca Rzecznika Małych i Średnich Przedsiębiorców
191) Rzecznik Praw Dziecka
192) zastępca Rzecznika Praw Dziecka
193) Rzecznik Praw Obywatelskich
194) zastępca Rzecznika Praw Obywatelskich
195) Rzecznik Praw Pacjenta
196) zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
197) Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego
198) zastępca Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego
199) Szef Agencji Wywiadu
200) zastępca Szefa Agencji Wywiadu
201) Szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego
202) Zastępca Szefa Biura Bezpieczeństwa Narodowego
203) Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
204) Zastępca Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego
205) Szef Krajowego Biura Wyborczego
206) Szef Krajowej Administracji Skarbowej
207) zastępca Szefa Krajowej Administracji Skarbowej
208) Szef Służby Cywilnej
209) Szef Służby Kontrwywiadu Wojskowego
210) zastępca Szefa Służby Kontrwywiadu Wojskowego
211) Szef Służby Wywiadu Wojskowego
212) zastępca Szefa Służby Wywiadu Wojskowego
213) Szef Służby Zagranicznej
214) Szef Urzędu do Spraw Cudzoziemców

215) zastępca Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców

216) Szef Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych

217) zastępca Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych

Podstawy prawne

[1] Ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

[2] Art. 2 ust. 2 pkt 11 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

[3] Art. 2 ust. 2 pkt 3 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

[4] Art. 2 ust. 2 pkt 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

[5] Wykaz krajowych stanowisk i funkcji publicznych, będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 11 lit. a–g, i oraz j Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych wydanym na podstawie art. 46c ww. ustawy tj. w Rozporządzeniu Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z dnia 27 lipca 2021 r. w sprawie wykazu krajowych stanowisk i funkcji publicznych będących eksponowanymi stanowiskami politycznymi.

ERGO HESTIA®

ergohestia.pl

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, KRS 0000024807, VIII Wydział Gospodarczy KRS Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku.
NIP 585-12-45-589. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł. Posiadamy status dużego przedsiębiorcy
w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 roku o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

ERRATA

Niniejszą Erratą wprowadza się następujące zmiany w treści warunków ubezpieczenia Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie:

§ 1

Zmienia się postanowienie dotyczące składania reklamacji poprzez formularz na stronie internetowej na następujące:

1. Reklamację można złożyć poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl/reklamacja.

§ 2

Zmienia się postanowienia dotyczące formy i sposobu udzielenia odpowiedzi na następujące:

1. Reklamacja zostanie rozpatrzona i odpowiedź zostanie udzielona w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Forma udzielenia odpowiedzi odpowiada formie zgłoszenia reklamacji, a odpowiedź zostanie udzielona w następujący sposób:
   a) jeżeli reklamacja została złożona w postaci elektronicznej, odpowiedź zostanie udzielona w postaci elektronicznej na ten sam adres do doręczeń elektronicznych lub za pośrednictwem tego samego środka komunikacji elektronicznej,
   b) jeżeli reklamacja została złożona w postaci papierowej, odpowiedź zostanie udzielona w postaci papierowej,
   c) jeżeli reklamacja została zgłoszona telefonicznie, ustnie lub przez formularz internetowy, odpowiedź zostanie udzielona w formie wskazanej przez osobę zgłaszającą reklamację (w postaci papierowej lub elektronicznej),
2. Osoba składająca reklamację zawsze może wskazać sposób udzielenia odpowiedzi na nią (na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem wskazanego środka komunikacji elektronicznej lub na adres do doręczeń elektronicznych albo w postaci papierowej).

§ 3

Niniejsza Errata została zatwierdzona Uchwałą Zarządu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. nr WS 03/2026 z dnia 27 stycznia 2026 roku. Postanowienia niniejszej Erraty obowiązują i mają zastosowanie od dnia 13.02.2026 r.