

Ubezpieczenie umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **ubezpieczenie dodatkowe do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA OWDU BRP-0318**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA zatwierdzonych Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 4 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie lub aneksie do polisy potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1 oraz grupa 5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – SUPER GWARANCJA. Umowę dodatkową zawiera się na czas trwania umowy podstawowej



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Życie i zdrowie Ubezpieczonego

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa oraz rodzaj świadczeń należnych z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych wskazany jest w § 2 OWDU. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej obejmuje również zdarzenia dotyczące członków rodziny Ubezpieczonego



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

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- ✗ działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- ✗ popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej
- ✗ samookaleczenia popełnionego przez Ubezpieczonego
- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- ✗ prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 11 OWDU

! Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres, za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu:

- pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 21 dni
- pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, wynosi 90 dni
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM – 14 dni

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 6, ust. 8-10, ust. 12-15, ust. 17-18 OWDU oraz w § 10 OWDU



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ Na terenie całego świata, z wyłączeniem ryzyka poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, w którym odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje operacje przeprowadzane na terenie RP



Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy - w sytuacji, gdy zawarcie umowy dodatkowej następuje w innym dniu niż zawarcie umowy podstawowej

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:

- 1) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej
- 2) w dniu przejścia Ubezpieczonego na indywidualną kontynuację umowy podstawowej
- 3) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy



Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 13 ust. 2 OWDU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 12 oraz w § 13 OWDU



Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy dodatkowej
- wypowiedzenia umowy dodatkowej

Rozwiązanie umowy dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA
BRP-0318**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 6, 8-10, 12-15, 17-18, §10, §11

SUPER GWARANCJA

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z OPCJĄ FUNDUSZY SUPER GWARANCJA BRP-0318

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA o symbolu BRP-0318 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej, i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
- W sprawach nieuregulowanych w OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

- Ilekroć w OWDU użyto określenia:

- Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GWARANCJA (OWU),
- Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane,
- wcześnieńnik** – rozumie się przez to noworodka urodzonego między 23 a 37 tygodniem ciąży o wadze urodzeniowej od 500 do 2500g, o ile dziecko przeżyje 24 godziny w oddziale szpitalnym,
- poronienie** – rozumie się przez to przedwczesne ukończenie ciąży (między 8 - 22 tyg. ciąży) polegające na samoistnym wydaleniu jaja płodowego w okresie, w którym płód nie jest zdolny do życia poza łonem matki (płód jest to zarodek po 8 tyg. ciąży),
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję, będące następstwem: nieszczęśliwego wypadku, wypadku przy pracy, wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli dany wypadek, zawał serca lub udar mózgu nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa,
- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca lub udaru mózgu,
- wypadek przy pracy** – rozumie się przez to wypadek, zaistniały po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz mający związek z pracą Ubezpieczonego wykonywaną na rzecz Pracodawcy i będący wypadkiem przy pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy, skutkujący trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź jego zgonem w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od dnia wypadku. Za wypadek przy pracy uznaje się wypadek, który nastąpił podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności lub poleceń przełożonych, działań na rzecz Pracodawcy wykonywanych przez Ubezpieczonego bez polecenia, a także mających miejsce w czasie pozostawania Ubezpieczonego do dyspozycji Pracodawcy w drodze między siedzibą Pracodawcy, a miejscem wykonywania pracy. Za wypadek przy pracy nie uznaje się wypadków, które nastąpiły w drodze do pracy lub z pracy. Uznanie wypadku za wypadek przy pracy lub odmowa uznania następujące w oparciu o kartę wypadku, decyzję ZUS w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy, o ile była wydana, orzeczenie sądu lub inne zaświadczenia właściwych organów,
- trwała całkowita niezdolność do pracy** – rozumie się przez to utratę zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, w rozumieniu obowiązujących przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym, potwierdzoną decyzją odpowiedniego organu rentowego. Pojęcie to obejmuje również całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji,
- operacja chirurgiczna** – rozumie się przez to zabieg chirurgiczny wymieniony w Wykazie operacji chirurgicznych stanowiącym załącznik nr 1 do OWDU, wykonany w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, wykonany w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przez wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, niezbedny z medycznego punktu widzenia w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu. Wyróżnia się następujące rodzaje operacji chirurgicznych:
 - operacja chirurgiczna metodą otwartą** – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą laparoskopową** – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - operacja chirurgiczna metodą zamkniętą** – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu). Jeżeli w Wykazie operacji chirurgicznych nie jest spreycowane, jaką metodą dana operacja chirurgiczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie za operację chirurgiczną wykonaną metodą otwartą lub laparoskopową,
- wszczepienie sztucznej zastawki serca** – rozumie się przez to pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w ką-

zeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach,

- 11) utrata wzroku** – rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę widzenia obuocznego w wyniku choroby, nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepotą nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych,
- 12) utrata słuchu** – rozumie się przez to całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegającą korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych,
- 13) utrata mowy** – rozumie się przez to nieodwracalną, całkowitą utratę zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krani oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności roszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy,
- 14) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym** – (SM) – rozumie się przez to jednostkę chorobową spełniającą następujące kryteria:
 - trwałe zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa,
 - obecność charakterystycznego obrazu w NMR (zn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielizacyjnych),
 - obecność prązków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym.
Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym,
- 15) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu** – rozumie się przez to ostrą chorobę wirusową wywołaną przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszoną przez kleszcze powodującą infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał,
- 16) wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B)** – rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygeny wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynnik krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW B w rozumieniu OWDU wymagane będzie:
 - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
 - pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlAT i AspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-Hbc IgM+++),
- 17) wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)** – rozumie się przez to zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygeny wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C w rozumieniu OWDU wymagane będzie:
 - potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym),
 - znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.),
 - obecność przeciwciał anti-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR,
- 18) HIV** – rozumie się przez to ludzki wirus upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzony wynikami badań krwi. Dla uznania przez Towarzystwo zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie w rozumieniu OWDU wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/μl, celem eliminacji wyniku „falszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi,
- 19) borelioza** – rozumie się przez to chorobę wywołaną przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzującą się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za boreliozę, koniecznym jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELIZA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką,

- 20) **oponiak** – rozumie się przez to nowotwór wewnątrzczaszkowy pochodzący z komórek meningealnych (opon mózgowo-rdzeniowych), cechujący się powolnym ekspansywnym wzrostem, bez histologicznych cech złośliwości. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę neurologa lub neurochirurga oraz badaniem neuroobrazowym, dwufazowym TK głowy lub MRI,
- 21) **choroba Parkinsona** – rozumie się przez to chorobę układu dopaminergicznego, której istotą jest postępujący zanik komórek istoty czarnej śródmózgowia, charakteryzującą się: wystąpieniem co najmniej dwóch kluczowych ruchowych objawów choroby (spowolnienie ruchowe, wzmoczenie napięcia mięśniowego, drżenie spoczynkowe), brakiem objawów uszkodzenia innych układów nerwowych, stwierdzeniem wyraźnej poprawy po podaniu lewodopy lub agonisty receptora dopaminergicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest: potwierdzenie choroby (rozpoznanie kliniczne) przez lekarza specjalistę (neurologa, neurochirurga). Rozpoznanie kliniczne winno być potwierdzone badaniem neuroobrazowym TK lub MRI. Wystąpienie drżenia samoistnego nie jest uznawane za objaw choroby Parkinsona. Objawy „zespołu Parkinsona” towarzyszące innym stanom chorobowym (guzy, miażdżyca, kila, urazy, zatrucia CO, nadużywanie leków) nie są uznawane za chorobę Parkinsona,
- 22) **choroba Alzheimera** – rozumie się przez to chorobę neurodegeneracyjną typu II (w okresie 40-65 r.ż.), manifestującą się postępującym zespołem otepiennym w postaci: afazji (zaburzenia funkcji mowy), aleksji (zaburzenia zdolności rozumienia słowa pisanego), agrafii (zaburzenia umiejętności pisania) i/lub apraksji (upośledzenie zdolności wykonywania precyzyjnych i celowych ruchów). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego przez specjalistę psychiatrę,
 - zaników korowych charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej w obrazie TK mózgu,
 - zastosowania leczenia szpitalnego,
 - orzeczenia inwalidztwa.
- Zaburzenia mowy, rozumienia, pisania i wykonywania ruchów, będące następstwem udaru lub guza mózgu, nie są uznawane za chorobę Alzheimera,
- 23) **choroba Huntingtona** – rozumie się przez to zespół progresywnych deficytów psychicznych, wywołany uogólnionym zwyrodnieniem mózgu, o charakterze dziedzicznym i wrodzonym, manifestujący się mimowolnymi ruchami płaśniczymi. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego przez specjalistę psychiatrę,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego,
- 24) **angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – rozumie się przez to leczniczą technikę (zabieg medyczny) cewnikowania serca, polegającą na rozszerzeniu zwężonej lub udrożnieniu zamkniętej tętnicy wieńcowej (serca), jednej lub więcej, przeprowadzoną w świeżym zawałe serca, wykonaną przy użyciu cewnika balonowego. Dla uznania tego zabiegu za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego rozpoznania świeżego zawału serca,
 - potwierdzenie wykonania zabiegu w dokumentacji hemodynamicznej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie ryzyka wykonania angioplastyki naczyń wieńcowych dotyczy jedynie tych Ubezpieczonych, u których choroba wieńcowa została rozpoznana po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa,
- 25) **operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumie się przez to operacyjne usunięcie odcinka aorty, uszkodzonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania operacji aorty za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie uszkodzenia aorty wskutek nieszczęśliwego wypadku w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego,
- 26) **niedokrwistość aplastyczna** – rozumie się przez to nabytą aplazję szpiku kostnego, z pancytopenią krwi obwodowej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - wystąpienia pancytopenii trójukładowej (niedobór wszystkich prawidłowych elementów morfotycznych krwi: erytrocytów, leukocytów i trombocytów),
 - wystąpienia aplazji trójukładowej szpiku (< 25% komórkowości), w badaniu szpiku metodą biopsji,
- 27) **łagodny nowotwór mózgu** – rozumie się przez to proces powolnego wzrostu komórek, budową histologiczną zbliżonych do tkanki prawidłowej, nie powodujący naciekania okolicznych tkanek oraz wnikania do naczyń krwionośnych, niedający przerzutów i wznowy choroby, tj. nawrotu procesu po zastosowanym leczeniu. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, neurologii lub onkologii,
 - potwierdzenie łagodnego charakteru nowotworu w badaniu histopatologicznym,
- 28) **utrata kończyny** – rozumie się przez to amputację co najmniej jednej kończyny, górnej i/lub dolnej, urazową lub na skutek przewlekłej choroby, której następstwa stały się bezwzględnie wskazaniami do jej amputacji, na poziomie uda (powyżej stawu kolanowego) i/lub na poziomie ramienia (powyżej stawu łokciowego). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest udokumentowanie leczenia szpitalnego w oddziale chirurgii lub ortopedii,
- 29) **porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – rozumiane jako schorzenie neurologiczne (paraplegia, tetraplegia) polegające na całkowitej niemożności wykonywania ruchu, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni, spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego i/lub mózgu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego w oddziale neurochirurgii, chirurgii lub neurologii,
 - jednoznaczne potwierdzenie uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub mózgu w badaniach obrazowych,
- 30) **sepsa (posocznica)** – rozumie się przez to zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) wywołany zakażeniem bakteryjnym (infekcją), powodującym powstanie powikłań w postaci ropni w narządach mięszyskowych. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi,
 - powikłań w badaniach obrazowych,
- 31) **wścieklizna** – rozumie się przez to śmiertelną chorobę wirusową, wywołaną przez wirus Rabies virus (RABV) drogą zakażenia bezpośredniego, wymagającą hospitalizacji i leczenia szczepionkami i/lub antatoksyną. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych schorzenia przez lekarza medycyny,
 - potwierdzenie zdarzenia pokąsania przez zwierzę,
 - potwierdzenie przez lekarza weterynarii zakażenia zwierzęcia,
- 32) **zator tętnicy płucnej (ZTP)** – rozumie się przez to mechaniczne zatkanie tętnicy płucnej lub jej rozgałęzienia, lub skurcz tych naczyń, wywołane skrzepliną, doprowadzające do zaburzenia krążenia płucnego i upośledzenia ukrwienia mięszyskowego płucnego, manifestujące się objawami klinicznymi: dusznością wysiłkową i/lub spoczynkową, bólami w klatce piersiowej, tachypnoe. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - jednoznaczne potwierdzenie rozpoznania: scyntyografią perfuzyjną płuc, angiografią tętnicy płucnej, spiralną tomografią komputerową z podaniem kontrastu (sCT), przez przełykową echokardiografią (TEE) lub rezonansem magnetycznym,
 - potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym,
- 33) **choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne, choroba Charcot’a, amyotrophic laterals sclerosis ALS)** – rozumie się przez to postępującą chorobę neurodegeneracyjną, w postaci uszkodzenia obwodowego i ośrodkowego neuronu ruchowego, manifestującą się zanikami mięśniowymi, spastycznymi niedowładami kończyn i objawami opuszkowymi, wymagającą leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - potwierdzenie etiologii niedowładu w badaniu EMG (elektromiografia),
 - wystąpienie typowych zmian w badaniu MRI,
- 34) **zakażona martwica trzustki** – rozumie się przez to ciężką postać ostrego zapalenia trzustki, pod względem anatomicznym cechującą się nieodwracalnym uszkodzeniem trzustki i tkanek okołotrzustkowych pod postacią martwicy, objawiającą się bólem w jamie brzusznej i wzrostem aktywności enzymu amylazy we krwi i w moczu, wymagającą leczenia szpitalnego. Pojęcie nie obejmuje ostrego zapalenia trzustki będącego następstwem spożycia alkoholu lub alkoholizmu. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tej jednostki chorobowej obejmuje wypłatę świadczenia jedynie za pierwotne zachorowanie. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby przez lekarza specjalistę endokrynologa, internistę lub chirurga,
 - potwierdzenie zakażenia tkanek martwiczych trzustki dodatnim wynikiem posiewu materiału uzyskanego drogą biopsji aspiracyjnej lub laparotomii,
- 35) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – rozumie się przez to proces zapalny wywołany bakteriami paciorkowca, gronkowca lub pneumokokami, powodujący zmiany morfotyczne wsierdza (błony wyścielającej jamy serca) w postaci zakrzepów płytkowych, białych i czerwonych krwinek oraz masy bakteryjnej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - posiadanie dodatniego wyniku badania posiewowego krwi,
 - potwierdzenie trwałego uszkodzenia zastawek serca pod postacią niewydolności, w badaniu echokardiograficznym serca,
 - zastosowanie antybiotykoterapii adekwatnej do etiologii schorzenia,
- 36) **teżec** – rozumie się przez to zakażenie przyrannę zarodnikami laseczki tężca (Clostridium tetani), poparte dodatnim wywiadem, co do skaleczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i antotoksyną,
- 37) **wąbłowiec mózgu (wąbłowica, echinokokoza)** – rozumie się przez to chorobę pasożytniczą wywołaną przez tasiemca, powodującą powstanie torbieli (cysty) umiejscowionej w mózgu, dającą kliniczne objawy guza mózgu, wymagającą leczenia operacyjnego i zastosowania chemioterapii przeciw pasożytniczej. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - dodatni wynik badania parazytologicznego materiału pozyskanego drogą biopsji torbieli lub śródoperacyjnie,
 - zastosowanie chemioterapii,
- 38) **ropień mózgu** – rozumie się przez to powikłanie sepsy. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest potwierdzenie:
- rozpoznanie klinicznego sepsy w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - obecności specyficznego patogenu w badaniach mikrobiologicznych, tj. dodatni wynik badania posiewowego krwi,
 - powikłań w badaniach obrazowych,
- 39) **operacja aorty brzusznej/piersiowej** – rozumie się przez to operacyjne usunięcie odcinka aorty, poszerzonego tętniakowato w przebiegu ostrego rozwarstwienia jej ściany i zastąpienie go sztucznym naczyniem (protezą naczyniową). Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- potwierdzenie rozpoznania klinicznego tętniaka w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - przedstawienie dokumentacji medycznej z leczenia kardiologicznego,
- 40) **gruźlica** – rozumie się przez to chorobę zakaźną wywołaną przez prątki gruźlicy typu ludzkiego (Mycobacterium tuberculosis), manifestującą się zmianami zapalnymi, powstawaniem swoistej ziarniny i/lub włóknieniem płuc. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są:
- rozpoznanie kliniczne w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - posiadanie dodatniego wyniku próby tuberkulinowej (odczyn śródskórny Mantoux),
 - potwierdzenie zmian w płucach badaniem radiologicznym,
 - posiadanie dodatniego wyniku badania płociny na obecność prątków Kocha,
 - zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia,
- 41) **przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C** – rozumie się przez to zdiagnozowane w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie obejmującym tę

jednostkę chorobową zmiany chorobowe mięszu wątroby pod postacią aktywnego procesu zapalnego, trwające co najmniej 6 miesięcy, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych, przede wszystkim badania histopatologicznego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, koniecznymi warunkami są:

- a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego, dodatni wynik badania histopatologicznego,
 - b) zastosowanie terapii leczniczej adekwatnej do etiologii schorzenia,
 - c) zakwalifikowanie do przeszczepu wątroby,
- 42) **wstrząs anafilaktyczny** – rozumie się przez to ciężką postać anafilaksji (3 i 4 stadium), alergicznej reakcji organizmu ludzkiego na alergen, objawiającą się głębokimi zaburzeniami (niewydolnością) układu krążenia, oddychania i trawiennego, wymagającą leczenia szpitalnego. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, wymagane jest:
- a) potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby w dokumentacji leczenia szpitalnego,
 - b) potwierdzenie w dokumentacji medycznej wystąpienia ciężkiej postaci: hipotonii, obrzęku krtani, bronchospazmu, zaburzeń świadomości i dyspepsji,
 - c) wynik badania potwierdzający wzrost poziomu przeciwciał IgE,
- 43) **rehabilitacja** – rozumie się przez to konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej Ubezpieczonego w celu przywrócenia zdolności do pracy, występująca po upływie 182 dni pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku chorobowego lub 180 dni, w przypadku osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników. Pojęcie to nie obejmuje przypadków, w których konieczność dalszego leczenia lub rehabilitacji leczniczej jest wynikiem: zachorowania zaistniałego w okresie ciąży lub porodu, porodu, a także nieszczęśliwego wypadku lub zachorowania zaistniałego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Dla uznania zdarzenia za rehabilitację, w rozumieniu OWDU, wymaganym będzie przedstawienie decyzji odpowiedniego organu rentowego o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub w przypadku osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników – o przedłużeniu okresu pobierania zasiłku chorobowego z tytułu czasowej niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 180 dni,
- 44) **rekonwalescencja** – rozumie się przez to trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję, w rozumieniu OWDU, pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym do prowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku,
- 45) **rekonwalescencja szpitalna** – rozumie się przez to czasową niezdolność do pracy, spowodowaną występującym w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego schorzeniem somatycznym lub urazowym, wymagającym leczenia szpitalnego i określoną przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4),
- 46) **czasowa niezdolność do pracy w wyniku wypadku przy pracy** – rozumie się przez to niezdolność określoną przez lekarza prowadzącego na formularzu ZUS ZLA (L4), będącą wynikiem zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa wypadku przy pracy,
- 47) **leczenie szpitalne** – rozumie się przez to dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, który trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni, z uwzględnieniem dnia przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala i dnia jego wypisu ze szpitala, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego niezbędnych leków,
- 48) **specjalistyczne leczenie** – rozumie się przez to następujące rodzaje leczenia, których przyczyna wystąpiła w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
- a) **chemioterapia** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na zastosowaniu leków cytostatycznych, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania chemioterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego,
 - b) **radioterapia** – rozumiana jako metoda miejscowego leczenia nowotworu złośliwego, polegająca na oddziaływaniu promieniami jonizującymi, eliminująca z organizmu komórki nowotworu. Dla uznania radioterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii w karcie leczenia szpitalnego,
 - c) **wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego (ICD) pod mięsień piersiowy, oraz przez żyłne wprowadzenie elektrody do prawej komory serca, w celu przerywania groźnych dla życia człowieka zaburzeń rytmu serca, w postaci częstoskurczu komorowego i/lub migotania komór, i przywrócenia rytmu zatokowego serca. Dla uznania wszczepienia kardiowertera-defibrylatora za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór lub częstoskurczu komorowego wywołującego zaburzenia hemodynamiczne,
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania,
 - d) **wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora)** – rozumiane jako wykonany w znieczuleniu miejscowym zabieg wszczepienia urządzenia medycznego pod skórę klatki piersiowej oraz przez żyłne wprowadzenie elektrody do jamy serca, w celu zapobiegania wystąpienia zwolnienia rytmu serca, groźnego dla życia człowieka. Dla uznania wszczepienia rozrusznika serca za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia po pierwszym dniu odpowiedzialności Towarzystwa epizodu zbyt wolnej pracy serca (bradykardia, bloki przewodzenia, choroby węzła zatokowego, intensywne leczenie tachykardii),
 - kwalifikacji do wykonania zabiegu wszczepienia przez lekarza kardiologa i jego wykonania,
 - e) **abłacja** – rozumiana jako metoda leczenia zaburzeń rytmu pracy serca, polegająca na przekształceniu wprowadzeniu elektrody do jamy serca i zniszczeniu fragmentu mięśnia sercowego, odpowiedzialnego za powstawanie zaburzeń rytmu,

za pomocą energii (prąd, krioplikacje, ultradźwięki, laser). Dla uznania abłacji za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:

- wystąpienia zaburzeń rytmu pracy serca i wskazania do wykonania abłacji,
 - potwierdzenie wykonania zabiegu abłacji,
- f) **dializoterapia** – rozumiana jako zewnątrzustrojowe leczenie nerkozastępcze, stosowane w przewlekłej i ostrej niewydolności nerek, uwarunkowane wystąpieniem objawów klinicznych zespołu mocznicowego (zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenie metaboliczne, mocznicowa skaza krwotoczna, niewydolność krążenia, zapalenie osierdzia, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze), wykonane przy użyciu dializatora. Dla uznania dializoterapii za specjalistyczne leczenie, wymagane jest potwierdzenie w dokumentacji leczenia szpitalnego:
 - wystąpienia niewydolności nerek, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa,
 - zasadności zastosowania dializoterapii przez nefrologa,
 - g) **terapia interferonowa** – rozumiana jako metoda systemowego leczenia WZW typu C, polegająca na dożylnym zastosowaniu nieswoistego białka (interferonu), hamującego syntezę wirusowego RNA. Dla uznania interferonoterapii za specjalistyczne leczenie wymagane jest potwierdzenie zastosowania terapii, w karcie leczenia szpitalnego,
- 49) **lekkie obrażenia ciała** – rozumie się przez to następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwałe uszczerbek na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej),
- 50) **Pakiet urazowy** – rozumie się przez to pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobylem w szpitalu trwającym co najmniej 3 dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie,
- 51) **wstrząśnienie mózgu** – rozumie się przez to pourazowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z wyłączającą niepamięcią wsteczną lub następczą,
- 52) **złamanie** – rozumie się przez to urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona,
- 53) **zwichnięcie stawu** – rozumie się przez to urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym,
- 54) **oparzenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego,
- 55) **odmrożenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących, na skutek działania niskiej temperatury,
- 56) **dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to dzień liczony zgodnie z definicją dnia pobytu w szpitalu zawartą w postanowieniach Umowy Podstawowej, z wyłączeniem definicji leczenia szpitalnego,
- 57) **sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jetskiing, hydrospeed, kitesurfing, norkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wypawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe – freeskijng, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wypawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – jazda na deskorolkach, łyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ § 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie osobie uprawnionej do świadczenia w przypadku zajścia w trakcie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 i 3 poniżej.
2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy: 100% sumy ubezpieczenia,
 - 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (bez względu na liczbę Dzieci) – renta miesięczna płatna zgodnie z postanowieniami ust. 6 poniżej oraz w równych częściach na rzecz wszystkich Dzieci Ubezpieczonego w łącznej wysokości 1.000 PLN lub 1.500 PLN,
 - 3) z tytułu zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000 PLN,
 - 4) z tytułu zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 5%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 5.000 PLN,
 - 5) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 100% sumy ubezpieczenia,
 - 6) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, jeżeli orzeczenie o niezdolności oraz zdiagnozowanie schorzenia będącego jego przyczyną nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 7) z tytułu wystąpienia u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 8) z tytułu wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 9) z tytułu wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 10) z tytułu wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50% sumy ubezpieczenia,
 - 11) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy

- w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000 PLN, 1.500 PLN lub 2.000 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 10 poniżej,
- 12) z tytułu wystąpienia u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000 PLN lub 1.500 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 10 poniżej,
 - 13) z tytułu wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – renta miesięczna w wysokości 1.000 PLN lub 1.500 PLN, płatna zgodnie z postanowieniami ust. 10 poniżej,
 - 14) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 2 lub więcej dni: 0,1%-1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 250 PLN,
 - 15) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni: 0,1%-1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 500 PLN,
 - 16) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (dalej: OIOM), za każdy dzień pobytu trwającego 1 lub więcej dni: 0,1%-1% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 200 PLN,
 - 17) z tytułu pobytu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 18) z tytułu pobytu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 19) z tytułu pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia oraz pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 20) z tytułu pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia, za każdy dzień pobytu trwającego 3 lub więcej dni: 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 21) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 22) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 23) z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia Dziecko nie ukończyło 18 roku życia, za każdy orzeczony 1% uszczerbku na zdrowiu 1% sumy ubezpieczenia,
 - 24) z tytułu narodzin Ubezpieczonego wcześniaka 20% sumy ubezpieczenia,
 - 25) z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub Małżonki/Konkubiny Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) 20% sumy ubezpieczenia,
 - 26) z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczoneму świadczenie według następujących zasad:
 - a) w przypadku operacji chirurgicznej I klasy: 5%-50 % sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 6.000 PLN,
 - b) w przypadku operacji chirurgicznej II klasy 50% świadczenia określonego w ppkt a) powyżej,
 - c) w przypadku operacji chirurgicznej III klasy 25% świadczenia określonego w ppkt a) powyżej.
 Jeżeli w trakcie tej samej sesji chirurgicznej konieczne jest przeprowadzenie dwóch lub więcej operacji chirurgicznych, Towarzystwo wypłaca najwyższe świadczenie przysługujące za pojedynczą operację chirurgiczną spośród wykonanych,
 - 27) z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, która przeprowadzona została podczas pobytu w szpitalu, trwającego minimum 3 dni, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczoneму świadczenie według zasad określonych w pkt 26) ppkt a) – c) powyżej,
 - 28) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000 PLN,
 - 29) z tytułu rehabilitacji Ubezpieczonego z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 500 PLN,
 - 30) z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 2.000 PLN,
 - 31) z tytułu rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego – za każdy dzień niezdolności do pracy 0,1%-0,5% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 PLN (świadczenie płatne zgodnie z postanowieniami ust. 13 poniżej),
 - 32) z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy – za każdy dzień niezdolności do pracy trwającej 4 lub więcej dni 0,1%-0,5%, jednak nie więcej niż 100 PLN,
 - 33) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego: 50 PLN - 250 PLN (świadczenie ustalane jako wielokrotność 50 PLN),
 - 34) z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku: 50 PLN - 100 PLN (świadczenie ustalane jako wielokrotność 10 PLN),
 - 35) z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia – 10%-50% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 15.000 PLN,
 - 36) z tytułu leczenia szpitalnego – świadczenie apteczne w wysokości 100 PLN, 200 PLN, 300 PLN, 400 PLN lub 500 PLN na zakup niezbędnych leków, płatne zgodnie z postanowieniami ust. 18 poniżej.
3. W przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego, wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego lub wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka Ubezpieczonego, Ubezpieczający może poprzez zawarcie Umowy Dodatkowej rozszerzyć zakres każdego z tych ryzyk o następujące pakiety jednostek chorobowych:
 - 1) Pakiet I:
 - a) wszczepienie sztucznej zastawki serca,
 - b) utrata wzroku,
 - c) utrata słuchu,
 - d) utrata mowy,
 - e) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym,
 - f) kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu,
 - g) borelioza,
 - h) wirusowe zapalenie wątroby typu B, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - i) wirusowe zapalenie wątroby typu C,
 - j) zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy,
 - 2) Pakiet II:
 - a) oponiak,
 - b) choroba Parkinsona,
 - c) choroba Alzheimera,
 - d) choroba Huntingtona,
 - e) angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA),
 - f) operacja aorty w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - g) niedokrwiłość aplastyczna,
 - h) łagodny nowotwór mózgu,
 - i) utrata kończyny,
 - j) porażenie kończyn w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - k) sepsa (posocznica),
 - l) wścieklizna,
 - m) zator tętnicy płucnej (ZTP),
 - n) choroba neuronu ruchowego,
 - o) zakażona martwica trzustki,
 - p) bakteryjne zapalenie wsierdza,
 - q) tężec,
 - r) bąblowiec mózgu (bąblowica, echinokokoza),
 - s) ropień mózgu,
 - t) operacja aorty brzusznej/piersiowej,
 - u) gruźlica,
 - v) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C,
 - w) wstrząs anafilaktyczny.
 4. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia którejkolwiek z jednostek chorobowych, określonych w ust. 3 powyżej wynosi równowartość świadczenia określonego dla ryzyka poważnego zachorowania w Umowie Podstawowej.
 5. Do pakietu jednostek chorobowych, o którym mowa w ust. 3 powyżej, stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej dotyczące ryzyka poważnego zachorowania.
 6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) powyżej płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby uprawnionej do świadczenia. Wysokość świadczenia określona w Umowie Dodatkowej podlega podziałowi w równych częściach na wszystkie Dzieci Ubezpieczonego.
 7. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej może, poprzez zawarcie Umowy Dodatkowej, zostać rozszerzony o zdarzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 23) powyżej w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje ryzyko zgonu Dziecka Ubezpieczonego.
 8. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 28) powyżej, o ile znajduje się ono w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
 9. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 30) powyżej, o ile znajduje się ono w wybranym zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
 10. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 11) – 13) powyżej płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy, począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe.
 11. Osoby, którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie obejmującym zdarzenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 28) powyżej, objęte są programem „Pakiet Usług Assistance” organizowanym przez Towarzystwo.
 12. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego, maksymalny łączny okres za jaki wypłacane jest świadczenie z tytułu:
 - a) pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego) wynosi 21 dni,
 - b) pobytu w szpitalu jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia) wynosi 90 dni,
 - c) pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM – 14 dni.
 13. Świadczenie z tytułu rekonwalescencji szpitalnej przysługuje za okres liczony od pierwszego dnia następującego po zakończeniu hospitalizacji do ostatniego dnia niezdolności do pracy, wskazanego w ZUS ZLA (L4), lecz nie więcej niż za okres równy okresowi hospitalizacji określone w ZUS ZLA (L4).
 14. Maksymalna wartość świadczenia z tytułu rekonwalescencji szpitalnej, związanej z jednym pobytom w szpitalu wynosi równowartość świadczenia za 30 dni rekonwalescencji.
 15. Dla każdego rocznego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, maksymalny łączny okres, za jaki jest wypłacane świadczenie z tego tytułu wynosi 30 dni.
 16. Rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia, poprzez zawarcie Umowy Dodatkowej możliwe jest w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej obejmuje wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego.
 17. Odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia polega na wypłacie przez Towarzystwo określonego świadczenia w przypadku:
 - 1) podania pierwszej dawki leku w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej,
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego,
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji,
 - 4) pierwszorazowego podłączenia dializatora do przetoki tętniczo-żylniej lub dużego naczynia żylnego w przypadku dializoterapii.
 18. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu leczenia szpitalnego jest ograniczona do:
 - 1) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 2) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym rocznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego w zakresie obejmującym leczenie szpitalne.

UMOWA DODATKOWA warunki zawarcia Umowy Dodatkowej § 3.

- Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.
- W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy Podstawowej zostaje rozszerzony dla wszystkich Ubezpieczonych w umowie ubezpieczenia o zdarzenia ubezpieczeniowe wybrane przez Ubezpieczającego, spośród ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3 OWDU, począwszy od pierwszego dnia okresu polisowego następującego po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej § 4.

- Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa.
- We wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej Ubezpieczający określa zakres dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, spośród ryzyk określonych w § 2 ust. 2 i 3 OWDU.
- Do wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej należy dołączyć wykaz imienny osób przystępujących do Umowy Dodatkowej wraz z podpisami osób przystępujących.
- W przypadku osób przystępujących do Umowy Dodatkowej po dniu jej zawarcia, Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić Towarzystwu wykaz, o którym mowa w ust. 3 powyżej wraz z rozliczeniem składki za dany okres polisowy.

§ 5.

- Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową, Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
- W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej, jej zawarcie Towarzystwo potwierdza stosownym aneksem do polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej § 6.

- Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej, z dniem wskazanym na polisie lub w aneksie do polisy.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.
- Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.

SUMA UBEZPIECZENIA § 7.

Sumę ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej stanowi kwota równa sumie ubezpieczenia obowiązującej w Umowie Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 8.

- Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej, według stanu na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej.
- Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
- W przypadku zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy Podstawowej, składka należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną z tytułu Umowy Dodatkowej podlega ponownemu obliczeniu.
- Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki z tytułu Umowy Podstawowej.
- Towarzystwo posiada prawo zaproponowania zmian w zawartej Umowie Dodatkowej, w postaci zmian wysokości składki i/lub sumy ubezpieczenia, w terminach i na zasadach określonych w OWU.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 9.

- Z zastrzeżeniem postanowień § 10 OWDU, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu polisowego, za który wpłacona została pierwsza składka z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
 - w dniu przejścia Ubezpieczonego na indywidualną kontynuację Umowy Podstawowej,
 - w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

KARENCA § 10.

- W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
 - zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego, powodującego osierocenie Dziecka,
 - zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - wystąpienia u Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- wystąpienia u Dziecka Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia u Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- pobytu Dziecka Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
- powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
- powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- narodzin Ubezpieczonemu wcześniaka,
- wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub Małzonki/Konkubiny Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną),
- poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
- rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy,
- wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
- wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- wystąpienia poważnego zachorowania, będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku,
- z tytułu leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą:

- z tytułu pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (Ubezpieczonego, Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia) oraz w przypadku gdy: trwała całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, operacja chirurgiczna Ubezpieczonego, poważne zachorowanie, rehabilitacja Ubezpieczonego, rekonwalescencja szpitalna Ubezpieczonego lub pobyt w szpitalu skutkujący leczeniem szpitalnym Ubezpieczonego nastąpiły z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy,
- z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego specjalistycznego leczenia – 3 miesiące.

- Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU stosuje się odpowiednio.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 11.

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Dodatkowej, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, rohadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego, lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka, zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Rodziców lub Macochy/Ojczyma Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (u Ubezpieczonego, Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, Rodziców lub Macochy/Ojczyma Ubezpieczonego oraz Rodziców Macochy/Ojczyma Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego), powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy, poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (Ubezpieczonego, Małzonka/Konkubenta Ubezpieczonego lub Dziecka Ubezpieczonego), pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy wypadku, zdarzenia objętego zakresem Pakietu urazowego, lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, leczenia szpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień,
 - katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, sporty powietrzne, lotnicze, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poddania Ubezpieczonego operacji chirurgicznej:
 - w wyniku usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami leczniczymi

- przeprowadzonymi przez osoby nieuprawnione bądź będące następstwem eksperymentów medycznych,
- 3) w wyniku zatrucia spowodowanego zarówno długotrwałym jak i jednorazowym spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków, innych środków odurzających, zażyciem środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub samowolnym przekroczeniem dawek lekarstw zaleczanych na ich opakowaniach bądź ulotkach dodanego leku,
 - 4) w której Ubezpieczony był dawcą organów lub narządów,
 - 5) związanej z ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 6) kosmetycznej, rekonstrukcyjnej lub plastycznej, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych niezbędnych do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych po objęciu danej osoby Umową Dodatkową lub choroby wykrytej po objęciu danej osoby Umową Dodatkową,
 - 7) związanej z leczeniem niepłodności oraz zabiegu związanego z antykoncepcją,
 - 8) zmniejszenia lub powiększenia piersi oraz zmiany płci,
 - 9) implantowania zębów,
 - 10) wykonanej w celach diagnostycznych,
 - 11) związanej z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia poronienia u Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest kobietą) lub Małżonki/Konkubiny Ubezpieczonego (jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną) jest wyłączona w przypadku:
 - 1) poronienia biochemicznego,
 - 2) ciąży biochemicznej,
 - 3) ciąży obumarłej,
 - 4) poronienia daremnego (missedabortion, poronienie zatrzymane),
 - 5) pozostałości elementów jaja płodowego (residua post abortum),
 - 6) poronienia sztucznego (aborcja).
 5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona w przypadku wystąpienia chorób infekcyjnych i zawodowych, obrażeń doznanych wskutek spożycia alkoholu, narkotyków lub leków.
 6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM, rekonwalescencji poszpitalnej lub leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia: chorób zawodowych oraz ich skutków, następstw skażenia jonizującego lub chemicznego, następstw powstałych na skutek działania Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości, następstw zdarzeń powstałych na skutek pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) wystąpienia padaczki i leczeniem jej następstw,
 - 3) pobytu rehabilitacyjnego,
 - 4) pobytu w ramach prewencji rentowej.
 7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej Ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku:
 - 1) leczenia wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
 - 2) zaburzeń psychicznych i zachowania,
 - 3) nosicielstwa wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
 - 4) pobytu diagnostycznego,
 - 5) ciąży, porodu lub usuwania ciąży,
 - 6) zabiegów chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej (wyjątek stanowi pobyt w szpitalu w celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie obowiązywania ubezpieczenia),
 - 7) leczenia stomatologicznego poza klinikami chirurgii szczękowej,
 - 8) leczeniem schorzeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych.
 8. W stosunku do zdarzenia leczenie szpitalne oraz pobyt w szpitalu, jeżeli pobyt nie był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (Ubezpieczonego, Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 3 rok życia i nie ukończyło 18 roku życia), odpowiednie zastosowanie mają wyłączenia odpowiedzialności wskazane w Umowie Podstawowej w zakresie dotyczącym odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w zależności od przyczyny pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, skutkującego koniecznością podjęcia przez Ubezpieczonego leczenia szpitalnego oraz w zakresie zdarzenia pobyt w szpitalu – odpowiednio w stosunku do osoby, której dotyczy zdarzenie.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 12.

1. W przypadku wystąpienia wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, innych niż wymienione w § 2 ust. 2 pkt 1) i 2) OWDU, uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, w okresie ubezpieczenia, w wyniku wypadku przy pracy (§ 2 ust. 2 pkt 1 OWDU), uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent lub inne osoby, uprawnione do otrzymania świadczenia zgodnie z postanowieniami Umowy Podstawowej.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego lub wodnego powodującego osierocenie Dziecka (§ 2 ust. 2 pkt 2) OWDU) jest Dziecko (Dzieci) Ubezpieczonego.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 13.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej, postanowienia Umowy Podstawowej, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w Umowie Podstawowej, są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 3) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem,
 - 4) karta wypadku,
 - 5) protokół BHP,
 - 6) decyzja ZUS w sprawie uznania bądź odmowy uznania wypadku za wypadek przy pracy,

- 7) orzeczenie odpowiedniego organu rentowego o trwałej całkowitej niezdolności do pracy oraz informacja o przyczynie powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
 - 8) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ochrony,
 - 10) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 11) dokumenty potwierdzające powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu lub lekkiego obrażenia ciała,
 - 12) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem przy pracy, zawałem serca lub udarem mózgu, a powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 13) zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy,
 - 14) opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG),
 - 15) dokumenty potwierdzające zakończenie leczenia – w przypadku powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu,
 - 16) dokumenty medyczne potwierdzające narodziny Ubezpieczonego wcześniaka,
 - 17) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie poronienia oraz odpis skrócony aktu małżeństwa – jeżeli Ubezpieczony jest mężczyzną, a zdarzenie dotyczy jego Małżonki/Konkubiny,
 - 18) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie i rodzaj operacji chirurgicznej,
 - 19) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie wszczepienia sztucznej zastawki serca,
 - 20) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach,
 - 21) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty słuchu w obu uszach,
 - 22) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy,
 - 23) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie stwardnienia rozsianego,
 - 24) dokumenty medyczne potwierdzające trwałe zaburzenia czynności ruchowej,
 - 25) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie kleszczowego zapalenia opon mózgowych i mózgu.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 14.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych po tym dniu.
2. Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

UKŁAD NERWOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I		
Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I		
Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	I		
Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	II		
Wszczepienie stymulatora mózgu	II		
Wentrykulostomia	II		
Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II		
Przeszczep nerwu czaszkowego	I		
Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I		
Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II		
Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II		
Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I		
Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I		
Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I		
Usunięcie zmiany opony mózgu	I		
Rekonstrukcja opony twardej	I		
Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	I		
Drenaż przestrzeni podoponowej	I		
Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I		
Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	I		
Wycięcie nerwu obwodowego	III		
Zniszczenie nerwu obwodowego	III		
Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	III		
Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	II		
Sympatektomia szyjna	II		
UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie przysadki mózgowej	I		
Zniszczenie przysadki mózgowej	II		
Operacja szyszynki	I		
Wycięcie tarczycy całkowite	II		
Wycięcie tarczycy częściowe	III		
Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	II		
Wycięcie tarczycy językowej	II		
Wycięcie przytarczyc	II		
Wycięcie grasicy	II		
Wycięcie nadnercza	II		
Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	II		
Całkowite wycięcie sutka	II		
Wszczepienie protezy piersi	II		
Wycięcie zmiany sutka	III		
Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	III		
OKO			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie gałki ocznej	II		
Usunięcie zmiany oczodołu	II		
Protezowanie gałki ocznej	III		
Rewizja protezy gałki ocznej	III		
Operacyjna plastyka oczodołu	II		
Nacięcie oczodołu	III		
Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III		
Usunięcie zmiany powieki	III		
Wycięcie nadmiaru powieki	III		
Rekonstrukcja powieki	III		
Korekcja deformacji powieki	III		
Korekcja opadania powieki	II		
Nacięcie powieki	III		
Ochronne zszycie szpary powiekowej	III		
Operacja gruczołu łzowego	III		
Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II		
Operacja kanału łzowego	III		
Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II		
Repozycja mięśnia okoruchowego	II		
Usunięcie mięśnia okoruchowego	II		
Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II		
Usunięcie zmiany spojówki	III		
Operacja naprawcza spojówki	III		
Nacięcie spojówki	III		
Wycięcie zmiany rogówki	III		
Plastyka rogówki	II		
Operacja naprawcza rogówki	III		
Nacięcie rogówki	III		
Usunięcie zmiany twardówki	III		
Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	II		
Nacięcie twardówki	III		
Wycięcie tęczówki	III		
Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II		
Nacięcie tęczówki	III		
Usunięcie ciała rzęskowego	II		
Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II		
Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	II		
Nacięcie torebki soczewki oka	III		
Wprowadzenie sztucznej soczewki	II		
Operacja ciała szklistego	II		
Zniszczenie zmiany siatkówki	III		
UCHO			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie ucha zewnętrznego	II		
Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	III		
Plastyka ucha zewnętrznego	II		
Drenaż ucha zewnętrznego	III		
Otwarcie wyrostka sutkowatego	II		
Operacja naprawcza błony bębenkowej	III		
Drenaż ucha środkowego	III		
Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	II		
Usunięcie zmiany ucha środkowego	II		
Operacja trąbki Eustachiusza	II		
Operacja ślimaka	I		
Operacja aparatu przedsionkowego	II		
UKŁAD ODDECHOWY			
Nazwa procedury	Klasa		
Wycięcie nosa	II		
Plastyka nosa	II		
Operacja przegrody nosa	III		
Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	III		
Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	III		
Operacja nosa zewnętrznego	III		
Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III		
Operacja zatoki czołowej	III		
Operacja zatoki klinowej	III		
Operacja zatoki nosa	III		
Wycięcie gardła	II		
Operacja naprawcza gardła	II		
Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	II		
Wycięcie krtani	II		
Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II		
Rekonstrukcja krtani	I		
Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	II		
Częściowe wycięcie tchawicy	I		
Plastyka tchawicy	II		
Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II		
Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	III		
Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II		
Częściowe usunięcie oskrzela	II		

Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
Operacja przy pomocy endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	II
Przeszczep płuca	I
Wycięcie płuca	I
Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	I
Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	II
JAMA USTNA	
Nazwa procedury	Klasa
Częściowe wycięcie wargi	III
Usunięcie zmiany wargi	III
Korekcja deformacji wargi	II
Wycięcie języka	II
Usunięcie zmiany języka	III
Nacięcie języka	III
Usunięcie zmiany podniebienia	III
Korekcja deformacji podniebienia	II
Wycięcie migdałków	III
Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	III
Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	II
Wycięcie ślinianki	III
Usunięcie zmiany ślinianki	III
Nacięcie gruczołu ślinowego	III
Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
Podwiązanie przewodu ślinowego	III
Poszerzenie przewodu ślinowego	III
GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO	
Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie przełyku i żołądka	I
Całkowite wycięcie przełyku	I
Częściowe wycięcie przełyku	II
Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
Zespolenie omijające przełyku	I
Rewizja zespolenia przełyku	II
Operacja naprawcza przełyku	I
Wytworzenie przetoki przełykowej	II
Nacięcie przełyku	II
Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	III
Operacja naprawcza przeponki przeponowej	II
Operacja antyrefluksowa	III
Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	III
Całkowite wycięcie żołądka	I
Częściowe wycięcie żołądka	II
Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
Operacja plastyczna żołądka	II
Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
Zespolenie żołądkowo-czczce	II
Gastrostomia	III
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	II
Pyloromyotomia	II
Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	III
Wycięcie dwunastnicy	II
Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
Zespolenie omijające dwunastnicy	II
Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	II
Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
Wycięcie jelita czczego	II
Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
Jejunostomia	II
Zespolenie omijające jelita czczego	II

Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	II
Wycięcie jelita krętego	II
Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
Zespolenie omijające jelita krętego	II
Rewizja zespolenia jelita krętego	II
Wytworzenie ileostomii	II
Rewizja ileostomii	II
Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	II
DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO	
Nazwa procedury	Klasa
Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	III
Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
Całkowite wycięcie okrężnicy	I
Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
Resekcja poprzecznicy	II
Lewostronna hemikolektomia	II
Wycięcie esicy	II
Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
Zespolenie omijające okrężnicy	II
Wytonienie jelita ślepego	II
Nacięcie okrężnicy	II
Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	III
Wycięcie odbytnicy	I
Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	II
Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	II
Wycięcie odbytu	II
Wycięcie zmiany odbytu	III
Zniszczenie zmiany odbytu	III
Operacja naprawcza odbytu	II
Wycięcie hemoroidów	III
Zniszczenie hemoroidów	III
Drenaż przez okolicę krocza	III
Wycięcie zatoki włosowej	III
INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep wątroby	I
Częściowe wycięcie wątroby	I
Usunięcie zmiany wątroby	I
Nacięcie wątroby	III
Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	II
Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	II
Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	II
Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą endoskopową	III
Zespolenie pęcherzyka żółciowego	II
Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	II
Nacięcie pęcherzyka żółciowego	III
Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	III
Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	II
Usunięcie zmiany dróg żółciowych	II
Zespolenie przewodu wątrobowego	I
Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
Nacięcie przewodu żółciowego	II
Przeddwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
Przeddwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	II
Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	III
Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	III
Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	III
Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	III

Przeszczep trzustki	I
Całkowite wycięcie trzustki	I
Wycięcie głowy trzustki	I
Usunięcie zmiany trzustki	II
Zespoleń przewodu trzustkowego	I
Otwarty drenaż zmiany trzustki	II
Nacięcie trzustki	II
Całkowite wycięcie śledziony	II
SERCE	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep płuc i serca	I
Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	I
Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	I
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
Plastyka przedsionka serca	I
Walwuloplastyka mitralna	I
Walwuloplastyka aortalna	I
Plastyka zastawki trójdzielnej	I
Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
Rewizja plastyki zastawki serca	I
Otwarta walwulotomia	I
Zamknięta walwulotomia	I
Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	II
Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	I
Otwarta koronaroplastyka	I
Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej ze wszczepieniem stentu	II
Otwarta operacja układu bódźcoprzewodzącego serca	I
Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	III
Inny stały sposób stymulacji serca	I
Wycięcie osierdzia	I
Drenaż osierdzia	II
Nacięcie osierdzia	II
NACZYNNIA TĘTNICZE ORAZ ŻYLNIE	
Nazwa procedury	Klasa
Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	I
Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
Zespoleń podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
Przezskórna operacja tętnicy płucnej	II
Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	I
Plastyka aorty	I
Przeznaczeniowa operacja aorty	II
Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I

Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	III
Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
Wycięcie innej tętnicy	III
Operacja naprawcza innej tętnicy	III
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
Zespoleń tętniczo-żylny	III
Zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	III
Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych	III
UKŁAD MOCZOWY	
Nazwa procedury	Klasa
Przeszczep nerki	II
Całkowite wycięcie nerki	II
Częściowe wycięcie nerki	II
Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	II
Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	II
Nacięcie nerki	II
Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	III
Operacja nerki przez nefrostomię	III
Wycięcie moczowodu	II
Wytworzenie przetoki moczowodowej	II
Reimplantacja moczowodu	II
Operacja naprawcza moczowodu	II
Nacięcie moczowodu	II
Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	II
Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	III
Operacja w zakresie ujścia moczowodu	III
Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	I
Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	II
Powiększenie pęcherza	II
Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	III
Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
Brzusznna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	II
Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	II
Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	III
Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	III
Wycięcie cewki moczowej	II
Operacja naprawcza cewki moczowej	II
Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	III
Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	III
NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE	
Nazwa procedury	Klasa
Usunięcie moszny	III
Obustronne wycięcie jąder	II
Usunięcie jednego jądra	III
Usunięcie zmiany jądra	III
Obustronne sprowadzenie jąder	II
Protezowanie jądra	III
Operacja wodniaka jądra	III
Operacja najądrza	III
Wycięcie nasieniowodu	III
Operacja naprawcza powrózka nasiennego	II
Operacja żyłaków powrózka nasiennego	III
Operacja pęcherzyków nasiennych	II
Amputacja prącia	II
Usunięcie zmiany prącia	III
Operacja plastyczna prącia	III
Protezowanie prącia	III

Operacja napletka	III
ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY	
Nazwa procedury	Klasa
Operacja lechtaczki	III
Operacja gruczołu Bartholina	III
Wycięcie sromu	II
Wycięcie zmiany sromu	III
Operacja naprawcza w obrębie sromu	III
Nacięcie kanału pochwy (nie dotyczy nacięcia podczas porodu)	III
Wycięcie pochwy	III
Nacięcie zrostów pochwy	III
Usunięcie zmiany pochwy	III
Operacja plastyczna pochwy	III
Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
Plastyka sklepienia pochwy	III
Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	III
Wycięcie szyjki macicy	III
Zniszczenie zmiany szyjki macicy	III
Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
Wycięcie macicy drogą przezpochwową	II
Usunięcie zmiany macicy metodą endoskopową	III
Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
Częściowe wycięcie jajowodu	III
Wszczepienie protezy jajowodu	III
Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	III
Nacięcie jajowodu	II
Operacja dotycząca strzępków jajowodu	III
Częściowe wycięcie jajnika	III
Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	III
Operacja naprawcza jajnika	III
Pobranie komórki jajowej	III
Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	III
Operacja więzadła szerokiego macicy	III
Operacja innego więzadła macicy	III
SKÓRA	
Nazwa procedury	Klasa
Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	II
Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	III
Przeszczep płata skóry owłosionej	III
Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	II
Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	III
Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
Miejskowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	III
Przeszczep płata śluzówki	III
Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
Przeszczep śluzówki	III
Przeszczepienie innej tkanki do skóry	III
Wprowadzenie ekspandera pod skórę	III
Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	III
TKANKI MIĘKKIE	
Nazwa procedury	Klasa
Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
Wycięcie oplucnej metodą otwartą	II
Operacja terapeutyczna oplucnej przy użyciu endoskopu	III
Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	III
Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	II
Pierwotna plastyka przepukliny udowej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	II
Plastyka przepukliny pępkowej	III
Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	II
Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	III

Operacja dotycząca pępka	III
Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	III
Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
Operacja dotycząca sieci	III
Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	III
Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	III
Przeszczep powięzi	III
Wycięcie powięzi brzucha	III
Usunięcie zmiany powięzi	III
Operacja kaletki	III
Przełożenie ścięgna	III
Wycięcie ścięgna	III
Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	III
Wtórna operacja naprawcza ścięgna	II
Uwolnienie ścięgna	III
Zmiana długości ścięgna	III
Wycięcie pochewki ścięgna	III
Przeszczep mięśnia	II
Wycięcie mięśnia	III
Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	III
Uwolnienie przykurczu mięśnia	III
Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	II
Drenaż zmiany węzła chłonnego	III
Operacja przewodu limfatycznego	II
Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	III
KOŚCI ORAZ STAWY	
Nazwa procedury	Klasa
Operacja naprawcza czaszki	II
Otwarcie czaszki	I
Wycięcie kości twarzy	III
Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
Wycięcie żuchwy	II
Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	III
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	I
Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
Całkowita rekonstrukcja kciuka	II
Całkowita rekonstrukcja przodostopia	II
Całkowita rekonstrukcja tylostopia	II
Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
Całkowite wycięcie kości	III
Wycięcie kości ektopowej	III
Usunięcie zmiany nowotworowej kości	II
Otwarte chirurgiczne złamanie kości	II
Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	II
Rozdzielenie trzonu kości	II
Rozdzielenie kości stopy	III
Drenaż kości	III
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	II
Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	II
Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II

Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	III
Zamknięte nastawienie złamania kości z przeskórną stabilizacją zewnętrzną	III
Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	III
Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	III
Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwknięcia stawu	II
Wtórne nastawienie urazowego zwknięcia stawu metodą otwartą	III
Operacja torebki maziowej metodą otwartą	II
Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	II
Protezowanie ścięgna	III
Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
Uwolnienie przykurczu stawu	III
Operacja struktur okołostawowych palucha	III
Terapeutyczna artroskopia stawu	III
RÓŻNE	
Nazwa procedury	Klasa
Reimplantacja kończyny górnej	II
Reimplantacja kończyny dolnej	II
Reimplantacja innego narządu	II
Wszczepienie protezy kończyny	I
Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	III
Amputacja palucha	III



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

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

- a) **Okres przechowywania danych:** Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów

o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

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

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Tel: +48 22 867 66 67, 801 120 000