

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

„GSU Assistance - MAXI KOMFORT”

Ubezpieczenie Europ Assistance

SPIS TREŚCI

POSTANOWIENIA WSPÓLNE	4
DEFINICJE	4
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC W DOMU	11
ŚWIADCZENIA ASSISTANCE POMOC W DOMU	12
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI POMOC W DOMU	13
SUMA UBEZPIECZENIA POMOC W DOMU	14
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA	14
ŚWIADCZENIA ASSISTANCE POMOC MEDYCZNA	15
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI POMOC MEDYCZNA	18
SUMA UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA	19
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA NNW	20
ŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE NNW	20
USŁUGI ASSISTANCE NNW	22
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI NNW	22
SUMA UBEZPIECZENIA NNW	23
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA BEZPIECZNA TOŻSAMOŚĆ	23
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI BEZPIECZNA TOŻSAMOŚĆ	25
ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA FUNERAL ASSISTANCE	25
PRZEDMIOT I SUMA UBEZPIECZENIA FUNERAL ASSISTANCE	25
OPIS ŚWIADCZEŃ FUNERAL ASSISTANCE	26
WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI FUNERAL ASSISTANCE	27
PRZEDMIOT I SUMA UBEZPIECZENIA DRUGA OPINIA MEDYCZNA	27
OPIS ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DRUGA OPINIA MEDYCZNA	29
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DRUGA OPINIA MEDYCZNA	30
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKCJE INTERNETOWE	31
SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKCJE INTERNETOWE	31

REALIZACJA ŚWIADCZENIA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKCJE INTERNETOWE	31
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKCJE INTERNETOWE	32
PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA TELEPRAWNIK VIP	32
ZAKRES UBEZPIECZENIA TELEPRAWNIK VIP	32
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA TELEPRAWNIK VIP	34
LIMIT ŚWIADCZEŃ TELEPRAWNIK VIP	35
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA TELEKONSULTACJE MEDYCZNE	35
E-WIZYTY Z LEKARZEM	36
E-WIZYTY – POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA	37
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TELEKONSULTACJE MEDYCZNE	38
WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z TELEKONSULTACJI MEDYCZNYCH	39
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	39
OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	39
WYŁĄCZENIA GENERALNE	40
POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	41
REFUNDACJE	43
REGRES UBEZPIECZENIOWY	43
REKLAMACJE	44
PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH	45
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	46
Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „GSU Assistance – MAXI KOMFORT”	47

Skorowidz najważniejszych informacji do Warunków Ubezpieczenia Pakietu „**GSU Assistance - MAXI KOMFORT**” dla klientów **GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych**, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych we wzorcach umów stosowanych przez zakład ubezpieczeń.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia/odszkodowania lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4, § 6, § 8, § 10, § 12, § 13, § 15, § 16, § 19, § 20, § 22, § 23, § 26, § 27, § 30, § 32, § 34, § 35
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia/ odszkodowania lub jego obniżenia	§ 5, § 9, § 14, § 17, § 21, § 24, § 28, § 31, § 36, § 40
3. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 38

POSTANOWIENIA WSPÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „GSU Assistance - MAXI KOMFORT ” zwane dalej OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową” lub „Umowami”), zawartych pomiędzy Europ Assistance S.A. (zwanym dalej „Ubezpieczycielem”) a osobami fizycznymi w zakresie usług: **Pomoc w Domu, Pomoc Medyczna, Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Bezpieczna Tożsamość, Funeral Assistance, Druga Opinia Medyczna, Nieautoryzowane Transakcje Internetowe, Teleprawnik VIP oraz Telekonsultacje Medyczne.**

DEFINICJE

§ 2

Terminy i nazwy użyte w niniejszych OWU, Informacji dla Ubezpieczonego oraz innych dokumentach związanych z Umową oznaczają:

- 1) **Akt zgonu** – administracyjne potwierdzenie faktu śmierci Ubezpieczonego, sporządzone przez urząd stanu cywilnego na podstawie karty zgonu wystawionej przez lekarza;
- 2) **Awaria** – wynikające z przyczyny zewnętrznej lub wewnętrznej nagłe, niespodziewane i niezależne od woli Ubezpieczonego uszkodzenie instalacji elektrycznej, wodnej, kanalizacyjnej lub centralnego ogrzewania, powodujące zaprzestanie jej funkcjonowania lub nieprawidłowość działania, co wiąże się z powstaniem lub z możliwością powstania szkód w mieniu znajdującym się w Miejscu zamieszkania. Za Awarię uważany jest również problem z zamykaniem lub zatrzaśnięciem drzwi oraz, w przypadku zagubienia kluczy, brak możliwości otwarcia drzwi;
- 3) **Awaria sprzętu AGD/RTV/IT** – wadliwe funkcjonowanie sprzętu AGD/RTV/IT wynikające z przyczyn wewnętrznych pochodzenia mechanicznego, elektrycznego, elektronicznego lub hydraulicznego, z wyłączeniem konieczności uzupełniania materiałów eksploatacyjnych, obsługi bieżącej i okresowej, dostawy i montażu akcesoriów oraz braku środków niezbędnych do obsługi urządzenia;
- 4) **Centrum Alarmowe** – jednostka organizacyjna wskazana przez Ubezpieczyciela, dostępna całodobowo, do której Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić zaistnienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową; Centrum Alarmowym jest Europ Assistance Polska Sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie.
- 5) **Choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, które zostało rozpoznane lub leczone w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów;
- 6) **Członek rodziny** – małżonek, Partner, dzieci, rodzice, rodzeństwo Ubezpieczonego zamieszkujące wspólnie z nim i prowadzące wspólne gospodarstwo domowe lub osoby, za których działania i zaniechania ponosi odpowiedzialność Ubezpieczony, jak za działania i zaniechania własne;
- 7) **Doradca** - Konsultant, Ekspert lub osoba nie wykonująca zawodu medycznego, świadcząca Usługę Informacyjną;
- 8) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy (Dz.U. z 2015 r. poz. 90, t.j.);
- 9) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego - własne lub przysposobione, w wieku do 18 roku życia;
- 10) **Ekspert** – osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca Porad przy użyciu Platformy w ramach umowy zawartej z Usługodawcą;
- 11) **E-Wizyta** – rodzaj Usługi obejmujący Świadczenia Telemedyczne, Porady oraz Usługi Informacyjne;

- 12) **Firma pogrzebowa** – firma świadcząca usługi związane z pochówkiem zmarłych, obejmujące: transport zwłok, handel trumnami lub urnami, kremację, oprawę muzyczną uroczystości pogrzebowych, sprzedaż wiązanek, kwiatów i wieńców, złożenie trumny lub urny w grobie lub grobowcu;
- 13) **Hospitalizacja** - leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 14) **Informacja dla Ubezpieczonego** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
- 15) **Informacja prawna** – udzielenie Ubezpieczonemu przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela świadczeń wymienionych w § 30 ust.1 OWU;
- 16) **Konsultacja prawna** – udzielenie informacji o powszechnie obowiązujących przepisach prawa polskiego, orzecznictwie i poglądach doktryny w zakresie problemu prawnego, z którym zgłosił się Ubezpieczony;
- 17) **Konsultant** – osoba fizyczna prowadząca podmiot wykonujący działalność leczniczą lub zatrudniona przez taki podmiot bądź też wykonująca pracę na rzecz Usługodawcy lub z nim współpracująca, udzielająca Świadczeń Telemedycznych przy użyciu Platformy w ramach umowy zawartej z Usługodawcą. Konsultanci, w zakresie w jakim świadczenia zdrowotne udzielane są przez Usługodawcę, udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie Regulaminu oraz Regulaminu Organizacyjnego Usługodawcy. W zakresie, w jakim świadczenia zdrowotne udzielane są przez Konsultantów działających jako niezależne od Usługodawcy podmioty, udzielają świadczeń zdrowotnych na podstawie własnych Regulaminów Organizacyjnych (o ile ma zastosowanie);
- 18) **Kradzież** – działanie wyczerpujące znamiona czynu określonego w art. 278, 279, 280 lub 281 Kodeksu karnego;
- 19) **Lekarz** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, niebędąca Członkiem rodziny Ubezpieczonego;
- 20) **Lekarz Centrum Alarmowego** – Lekarz współpracujący z Centrum Alarmowym. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum Alarmowego nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego;
- 21) **Miejsce zamieszkania** – adres wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku ubezpieczeniowym jako aktualne miejsce zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. W przypadku zmiany Miejsca zamieszkania Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Ubezpieczającego;
- 22) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy, w tym zawał serca oraz uraz mózgu, który wystąpił w okresie ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły i wymaga zasięgnięcia natychmiastowej lub pilnej pomocy medycznej;
- 23) **Nieautoryzowane transakcje internetowe** – transakcje dokonane w Internecie przez osoby nieuprawnione, które weszły w posiadanie karty płatniczej/kredytowej lub danych dostępowych do internetowego konta poprzez phishing lub użyciu key loggera;
- 24) **Nieszczęśliwy wypadek (NNW)** – przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego Ubezpieczony doznał, wbrew swej woli, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, bądź zmarł;
- 25) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. Pojęcie „OIOM” nie obejmuje wydzielonych sal intensywnego nadzoru, istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 26) **Organizacja pomocy prawnej** - organizacja zastępstwa procesowego lub wskazanie prawników albo kancelarii, świadczących usługi prawne zgodnie ze specyfiką problemu oraz z zakresem terytorialnym;
- 27) **Opieka nad zwierzętami** – obejmuje zwierzęta domowe (psy i koty), oswojone i tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. psów uznanych za agresywne wg rozporządzenia Ministra

Spraw Wewnętrznych i Administracyjnych z 28.04.2003 r. oraz pod warunkiem okazania pracownikowi Centrum Alarmowego aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;

- 28) **Osoba bliska** – małżonek, Partner, krewni zstępni, krewni wstępní, krewni boczni do czwartego stopnia pokrewieństwa lub powinowaci w linii prostej do pierwszego stopnia pokrewieństwa z Ubezpieczonym, z zastrzeżeniem, iż:
 - a) pierwszeństwo do skorzystania ze świadczeń assistance ma małżonek, Partner i dzieci Ubezpieczonego,
 - b) stopień pokrewieństwa Osoby bliskiej z Ubezpieczonym jest potwierdzony, np. aktem urodzenia, aktem małżeństwa lub innym aktem stanu cywilnego;
- 29) **Osoba kontaktowa** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, jeśli jego stan zdrowia na to pozawala, jako uprawniona do kontaktu z Centrum Alarmowym w imieniu Ubezpieczonego oraz do otrzymania wyników badań Ubezpieczonego, udostępnionych przez Ubezpieczyciela, na zasadach opisanych w niniejszych OWU;
- 30) **Osoba niesamodzielná** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki, nie jest samodzielná i nie może samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych;
- 31) **Osoba trzecia** – osoba, inna niż Osoba bliska lub Członek rodziny, pozostająca poza stosunkiem ubezpieczeniowym;
- 32) **Partner** - osoba wskazana w deklaracji przystąpienia lub deklaracji zmiany, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pozostawała z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona; o ile Ubezpieczony w dniu składania stosownych oświadczeń o związku partnerskim, a także w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ramach Umowy również nie pozostaje/wał w związku małżeńskim z Osobą trzecią;
- 33) **Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z Centrum Alarmowym w zakresie udzielania telekonsultacji medycznych w ramach niniejszych OWU;
- 34) **Phishing** – wyłudzenie poufnych informacji osobistych (np. haseł lub szczegółów karty kredytowej, danych logowania) przez podszywanie się pod osobę lub instytucję godną zaufania;
- 35) **Platforma** – aplikacja dostępna pod adresem internetowym www.telemedi.com i jego subdomen pod adresem <https://gsu-assistance.telemedi.com/pl/login> lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca świadczenie Usług Platformy. Dostęp do Platformy Ubezpieczony otrzymuje drogą sms-ową po uprzednim kontakcie z Centrum Alarmowym;
- 36) **Porada** – forma E-Wizyty, świadczona przez Eksperta, która może mieć postać porady dietetycznej, psychologicznej, coachingowej, treningowej itp.;
- 37) **Problem prawny** – zagadnienie prawne objęte zakresem ubezpieczenia, o którym mowa w § 30 OWU;
- 38) **Profil** – indywidualne i autoryzowane konto pacjenta, tj. Ubezpieczonego, na Platformie;
- 39) **Przedstawiciel Ubezpieczyciela** – podmiot wskazany przez Ubezpieczyciela do udzielania Ubezpieczonemu Informacji prawnej;
- 40) **Poważne zachorowanie:**
 - a) **Zawał serca** - martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:
 - i. objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
 - ii. wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
 - iii. nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości

- iv. w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.
Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego."
- b) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- c) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass)** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- d) **Przeszczep narządów** - przeszczepienie Ubezpieczonemu, jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- e) **Niewydolność nerek** - schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- f) **Utrata wzroku** - jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności widzenia w obu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła, zdiagnozowana przez Lekarza okulistę. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- g) **Utrata słuchu** - jest to całkowita i nieodwracalna utrata zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszającym uchu średni ubytek słuchu z 4 następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB, zdiagnozowana przez Lekarza laryngologa oraz dodatkowo potwierdzona wynikiem badania audiometrycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- h) **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** - pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczęcia stentu w celu korekcji minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi:
- powodować pogorszenie funkcji komory lub
 - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
 - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
- i) **Operacja aorty** - operacja chirurgiczna tętniaka aorty, koarktacji aorty lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszную, z wykluczeniem jej odgałęzień. Ubezpieczenie nie obejmuje chirurgicznego leczenia naczyń obwodowych, nawet jeśli część aorty została usunięta w czasie zabiegu operacyjnego. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym operacje

- przeszkórne, nie są również objęte zakresem ubezpieczenia.
- j) **Operacja zastawek serca** - przeprowadzona na otwartym sercu wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca, wykonana drogą torakotomii. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez Lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych nie są objęte ubezpieczeniem.
- k) **Schyłkowa niewydolność wątroby** - całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- stałej żółtaczki;
 - wodobrzusza;
 - encefalopatii wątrobowej.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków lub alkoholu.
- l) **Utrata mowy** - całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani. Całkowita utrata mowy musi występować przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami neurologicznymi, psychologicznymi lub chorobami psychicznymi.
- m) **Schyłkowa niewydolność oddechowa** - schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową. Choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- natężona pierwowo-sekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
 - pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
 - ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej nie wyższe niż 55 mmHg ($pO_2 \leq 55$ mmHg),
 - duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa.
- n) **Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego** - nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, będącą bezpośrednią i wyłączną przyczyną pobytu w szpitalu służącemu zachowaniu, poprawie lub przywróceniu stanu zdrowia, trwającego nieprzerwanie co najmniej 14 dni. Za pobyt w szpitalu nie uważa się hospitalizacji, której celem jest rehabilitacja lub rekonwalescencja;
- 41) **Regulamin Platformy** - regulamin usług Telemedycyny świadczonych drogą elektroniczną, nieodpłatnie udostępniany na stronie internetowej www.telemedi.com w sposób, który umożliwia pozyskanie, odtwarzanie i utrwalanie jego treści;
- 42) **Rok ubezpieczeniowy** - okres 12-sto miesięczny rozpoczynający się nie wcześniej niż w dniu następnym po dniu zapłaty składki;
- 43) **RP** - terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 44) **Siła wyższa** - zdarzenie zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia, którego skutkom nie można zapobiec ani przeciwdziałać, uniemożliwiające wykonanie Umowy w całości lub w części, na stałe lub na pewien czas;
- 45) **Sprzęt AGD/RTV** - następujące urządzenia, znajdujące się w Miejscu zamieszkania, które nie są już objęte gwarancją producenta i których wiek nie przekracza 8. lat: kuchnia lub płyta: gazowa, elektryczna lub indukcyjna, lodówka, zamrażarka, chłodziarko-zamrażarka, piekarnik, ekspres do kawy, pralka, pralko-suszarka, elektryczna suszarka na ubrania, zmywarka, odbiornik telewizyjny, odtwarzacz video, odtwarzacz DVD, radio, urządzenia HI-FI;
- 46) **Sprzęt IT** - znajdujący się w Miejscu zamieszkania i będący własnością Ubezpieczonego komputer stacjonarny wraz z monitorem albo komputer przenośny (z wyłączeniem tabletu), który został zakupiony jako fabrycznie nowy, którego wiek nie przekracza 8. lat, o ile nie jest wykorzystywany na potrzeby działalności gospodarczej;

- 47) **Sprzęt rehabilitacyjny** – wskazany przez Lekarza Centrum Alarmowego, niewielkich rozmiarów sprzęt pomocniczy umożliwiający przebieg prawidłowej rehabilitacji bądź ułatwiający egzystencję Ubezpieczonego (np. poduszki profilowane, kule do chodzenia, drabinki do mocowania przy łóżku, kulki do ćwiczeń, taśmy rehabilitacyjne czy też wałki);
- 48) **Suma ubezpieczenia** – górny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela za wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach poszczególnych zakresów ubezpieczeń objętych Umową;
- 49) **Szpital** – znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z prawem polskim zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów leczniczych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego Lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. W rozumieniu niniejszych OWU Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny i uzdrowski, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ośrodek leczenia uzależnień, szpital sanatoryjny;
- 50) **Świadczenie Telemedyczne** – świadczenie zdrowotne udzielane przez Konsultanta za pomocą systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (z dnia 15 kwietnia 2011 r. z późniejszymi zmianami);
- 51) **Transakcja internetowa** – czynność mająca na celu zakup towaru lub zapłatę za usługę zachodząca pomiędzy sprzedającym a kupującym w sklepie internetowym;
- 52) **Ubezpieczający** – GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych;
- 53) **Ubezpieczony** – osoba uprawniona do świadczeń zgodnie z zawartą Umową, która w dniu początku okresu ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ukończyła 75 roku życia;
- 54) **Ubezpieczyciel** – zakład ubezpieczeń EUROPEAN ASSISTANCE SA, będący spółką prawa francuskiego działającą w formie spółki akcyjnej „société anonyme”, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 48.123.637 €, zarejestrowaną w Rejestrze Handlu i Spółek w Paryżu pod numerem 451 366 405, z siedzibą pod adresem 2 rue Pillet-Will 75009 Paris, Francja, który prowadzi na terenie Polski działalność ubezpieczeniową na zasadzie swobody świadczenia usług poprzez swój Oddział w Irlandii (EUROPEAN ASSISTANCE SA – Oddział w Irlandii), w którego imieniu działa Centrum Alarmowe w ramach realizacji Umowy. Informacje o zakresie działalności Ubezpieczyciela w Polsce dostępne są w szczególności na stronie Komisji Nadzoru Finansowego;
- 55) **Usługa / Usługa Informacyjna** – forma E-Wizyty, świadczona przez Doradcę, która nie jest świadczeniem zdrowotnym, lecz ma za przedmiot udzielenie ogólnych informacji z zakresu zdrowia;
- 56) **Usługodawca** – podmiot współpracujący z Centrum Alarmowym w zakresie realizacji usług assistance opisanych w OWU;
- 57) **Zdarzenie losowe** – niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego wystąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie Ubezpieczonego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Za zdarzenie losowe przyjmuje się:
 - a) **Dym** – lotny produkt niepełnego spalania ciał stałych, ciekłych oraz gazowych, który nagle wydobył się z palenisk, instalacji i urządzeń elektrycznych lub grzewczych znajdujących się w Miejscu zamieszkania;
 - b) **Grad** – opad atmosferyczny w postaci bryłek lodu;
 - c) **Silny wiatr** – działanie wiatru o prędkości nie mniejszej niż 17,5 m/s, potwierdzone przez IMiGW; w przypadku braku możliwości uzyskania potwierdzenia bierze się pod uwagę stan faktyczny i rozmiary szkód w Miejscu zamieszkania oraz w jego bezpośrednim sąsiedztwie, świadczące wyraźnie o masowym niszczącym działaniu wiatru;
 - d) **Kradzież z włamaniem** – dokonanie albo usiłowanie Kradzieży z pomieszczeń po uprzednim usunięciu siłą zabezpieczenia lub otworzeniu wejścia przy użyciu narzędzi, albo podrobionego lub dopasowanego klucza, bądź

- klucza oryginalnego, w którego posiadanie sprawca wszedł wskutek włamania do innego pomieszczenia lub w wyniku rozboju, to jest czynu z art. 279 kodeksu karnego, potwierdzone zgłoszeniem zaistniałego zdarzenia na policji;
- e) **Lawinę lub inne siły przyrody** – gwałtowną utratę stabilności i przemieszczanie się: spadanie, staczanie lub ześlizgiwanie się ze stoku górskiego mas śniegu, lodu, gleby/gruntu, materiału skalnego, bądź ich mieszaniny;
 - f) **Nawalne opady śniegu** – opad atmosferyczny, który swoim ciężarem spowodował uszkodzenie mienia znajdującego się w Miejscu zamieszkania albo pod wpływem swojego ciężaru spowodował przewrócenie się mienia sąsiedniego na mienie znajdujące się w Miejscu zamieszkania i doprowadził do ich uszkodzenia;
 - g) **Powódź** – zalanie terenów w następstwie podniesienia się stanu wody w korytach wód płynących lub zbiornikach wód stojących na skutek opadów atmosferycznych, topnienia śniegu i lodu, zatorów lodowych oraz spływu wód po stokach, zboczach górskich i falistych lub podniesienia się poziomu morskich wód przybrzeżnych;
 - h) **Pożar** – działanie ognia, który wydostał się poza palenisko lub powstał bez paleniska i rozprzestrzenił się o własnej sile;
 - i) **Przepięcie** – gwałtowną zmianę napięcia w sieci elektrycznej lub elektronicznej, powodującą wystąpienie napięcia znacznie przekraczającego wartości dopuszczalne, określone przez producenta dla danego urządzenia; Ubezpieczyciel odpowiada za ryzyko przepięcia pod warunkiem wyposażenia mieszkania/domu/lokalu/budynku w odgromniki lub ochronniki przepięciowe;
 - j) **Sadzę** – czarny proszek złożony z kryształków grafitu powstały wskutek niepełnego spalania lub termicznego rozkładu związków węgla (w tym gazu ziemnego lub węglowodorów), który nagle wydobył się z palenisk, instalacji oraz urządzeń elektrycznych lub grzewczych znajdujących się w Miejscu zamieszkania, bądź powstał na skutek Pożaru w Miejscu zamieszkania;
 - k) **Trzęsienie ziemi** – niespowodowane działalnością człowieka, gwałtowne wstrząsy skorupy ziemskiej wywołane przez nieodwracalne deformacje ośrodka skalnego w głębi Ziemi, czemu towarzyszy naruszenie ciągłości ośrodka skalnego i emisja fal sejsmicznych;
 - l) **Uderzenie lub upadek statku powietrznego** – katastrofa bądź przymusowe lądowanie obiektu latającego wyprodukowanego przez człowieka, a także upadek jego części lub przewożonego nim ładunku na Miejsce zamieszkania;
 - m) **Uderzenie pioruna** – gwałtowne odprowadzenie ładunku elektrycznego z atmosfery do ziemi bezpośrednio przez ubezpieczony obiekt, pozostawiające wyraźne ślady świadczące o jego działaniu w postaci śladów działania wysokiej temperatury, uszkodzeń mechanicznych;
 - n) **Uderzenie pojazdu mechanicznego** – bezpośrednie uderzenie w składnik mienia Ubezpieczonego przez mechaniczny pojazd drogowy lub szynowy, nienależący do Ubezpieczonego lub Osób bliskich i niebędący pod ich kontrolą, a także uderzenie części takiego pojazdu lub przewożonego nim ładunku, powodujące bezpośrednie zniszczenie lub uszkodzenie mienia Ubezpieczonego, z wyłączeniem szkód w pojeździe i ładunku; za uderzenie pojazdu mechanicznego nie uważa się również uderzenia przez pojazd należący do osób zamieszkujących na stałe w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, pracowników Ubezpieczonego lub osób, którym powierzono stałą ochronę Miejsca zamieszkania;
 - o) **Wandalizm** – bezprawne, celowe uszkodzenie lub zniszczenie ubezpieczonego mienia przez Osoby trzecie;
 - p) **Wybuch** – gwałtowna zmiana stanu równowagi układu z jednoczesnym wyzwoleniem się gazów, pyłów, pary lub cieczy wywołane ich właściwością rozprzestrzeniania się (eksplozja); w odniesieniu do naczyń ciśnieniowych i innych podobnych zbiorników, warunkiem uznania szkody za spowodowaną wybuchem szkodę jest, aby ściany tych urządzeń uległy rozdarciu w takich rozmiarach, iż wskutek ujścia gazów, pyłów, pary lub cieczy, nastąpiło nagłe wyrównanie ciśnień; za wybuch uważa się również implozję polegającą na uszkodzeniu zbiornika lub aparatu próżniowego przez ciśnienie zewnętrzne;
 - q) **Zalanie** – przerwanie obiegu zamkniętego tj. wyciek wody, pary lub cieczy, która na skutek awarii wydostała się z:
 - i. rur dopływowych i odpływowych,

- ii. wyposażenia na stałe połączonego z systemem rur (np. pralka, wirówka, zmywarka),
 - iii. instalacji centralnego ogrzewania, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej, urządzeń wodno-kanalizacyjnych jak również
 - iv. zalanie wodą pochodzącą z urządzeń domowych znajdujących się wewnątrz Miejsca zamieszkania lub poza nim,
 - v. nieumyślne pozostawienie odkręconych kranów lub innych zaworów wewnątrz Miejsca zamieszkania,
 - vi. zalanie wodą z opadów atmosferycznych, a także
 - vii. zalanie wodą lub innym płynem przez Osoby trzecie;
- r) **Zamarzanie** – uszkodzenia spowodowane mrozem polegające na pęknięciu znajdujących się wewnątrz Miejsca zamieszkania instalacji wodno-kanalizacyjnych, instalacji grzewczych, instalacji tryskaczowej lub gaśniczej, jak również urządzeń kąpielowych, umywalk, spluczek, syfonów, wodomierzy, kotłów, bojlerów;
- s) **Zapadanie się ziemi** – nagłe obniżenie się terenu z powodu zawalenia się podziemnych pustych przestrzeni w gruncie, które powstały wskutek procesów naturalnych, a nie w następstwie jakiegokolwiek działalności człowieka;
- 58) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (wypadek ubezpieczeniowy)** – zaistniała w okresie ubezpieczenia, podstawa do organizacji świadczeń assistance, w przypadku usługi:
- a) **Pomoc w domu** – Zdarzenie Losowe, Awaria lub Awaria Sprzętu AGD/RTV/IT,
 - b) **Pomoc medyczna** – Nieszczęśliwy Wypadek, Nagłe Zachorowanie.
 - c) **NNW** – zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
 - d) **Bezpieczna tożsamość** - utrata przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w § 16 ust.1, wskutek Kradzieży, Kradzieży z włamaniem lub rozboju.
 - e) **Funeral Assistance** - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku na terenie RP, powstała w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, potwierdzona Aktem zgonu.
 - f) **Druga opinia medyczna** - Nieszczęśliwy wypadek, Poważne zachorowanie, który/e zostało poddane diagnostyce z propozycją planu leczenia.
 - g) **Teleprawnik VIP** - zaistniała w okresie ubezpieczenia potrzeba uzyskania przez Ubezpieczonego informacji prawnej na skutek powstania problemu prawnego lub skorzystania z usługi Concierge, przy czym problem prawny musi wystąpić w okresie ubezpieczenia.
 - h) **Telekonsultacje Medyczne:**
 - i. Telekonsultacje - uzasadniona potrzeba medyczna, spowodowana stanem zdrowia Ubezpieczonego.

A. POMOC W DOMU

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC W DOMU

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest objęcie Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową od ryzyka następstw Zdarzeń losowych, Awarii oraz Awarii sprzętu AGD/RTV/IT, polegające na organizacji i pokryciu kosztów świadczeń Pomocy w Domu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług assistance polega, o ile OWU nie stanowi inaczej, na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonej w § 6 niniejszych OWU) kosztów dojazdu i robocizny Usługodawcy.
3. Ubezpieczeniem objęte jest ryzyko zdarzeń powstałych wyłącznie na terytorium RP.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE POMOC W DOMU

§ 4

1. W przypadku wystąpienia Awarii lub Zdarzenia losowego, Centrum Alarmowe organizuje **Interwencję specjalisty**, czyli organizuje i pokrywa do ustalonego limitu koszty dojazdu oraz robocizny specjalisty odpowiedniego ze względu na rodzaj szkody (ślusarza, hydraulika, elektryka, dekarza, murarza, glazurnika, malarza, stolarza, szklarza). Koszty części zamiennych lub użytych materiałów niezbędnych do usunięcia szkody ponosi Ubezpieczony.
2. Jeżeli w następstwie wystąpienia Zdarzenia losowego w Miejscu zamieszkania istnieje potrzeba zabezpieczenia ocalałego mienia, Centrum Alarmowe organizuje (do wyboru przez Ubezpieczonego) jedno ze świadczeń:
 - 1) **Dozór mienia** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dozoru mienia przez okres nie dłuższy niż 3 dni przez profesjonalną firmę ochroniarską w przypadku zajścia Zdarzenia losowego lub włamania do Miejsca zamieszkania,
 - 2) **Transport mienia** – jeżeli Miejsce zamieszkania nie nadaje się do użytkowania Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty przewiezienia mienia Ubezpieczonego z Miejsca zamieszkania do miejsca wyznaczonego przez Ubezpieczonego na terytorium RP.
3. Jeżeli na skutek Zdarzenia losowego w Miejscu zamieszkania, lokal nie nadaje się do zamieszkania, Ubezpieczony może skorzystać z jednego z poniższych świadczeń:
 - 1) **Transport Ubezpieczonego i jego rodziny** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego oraz osób z nim zamieszkujących w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do miejsca wskazanego przez Ubezpieczonego albo hotelu na terytorium RP,
 - 2) **Zakwaterowanie Ubezpieczonego i jego rodziny** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i osób z zamieszkujących z nim w Miejscu zamieszkania.
4. W razie Awarii Sprzętu AGD/RTV/IT w Miejscu zamieszkania, Centrum Alarmowe w ramach świadczenia **Interwencja specjalisty w zakresie napraw sprzętu AGD/RTV/IT** organizuje i pokrywa do ustalonego w § 6 ust.2 limitu koszty dojazdu do Miejsca zamieszkania oraz koszty robocizny odpowiedniego specjalisty w celu naprawy sprzętu AGD/RTV/IT. W sytuacji, gdy naprawa sprzętu AGD/RTV/IT nie jest możliwa w Miejscu zamieszkania, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa, w ramach ustalonego limitu, koszty transportu do i od zewnętrznego usługodawcy oraz koszty robocizny. Koszt części zamiennych pokrywa Ubezpieczony. Warunkiem dokonania naprawy jest udokumentowanie przez Ubezpieczonego roku produkcji uszkodzonego sprzętu AGD/RTV/IT poprzez przedstawienie dowodu zakupu, gwarancji lub innego dokumentu potwierdzającego wiek sprzętu AGD/RTV/IT, z tym zastrzeżeniem, że wiek sprzętu może zostać zweryfikowany także przez przybyłego specjalistę.
5. **Infolinia prawno – podatkowa** – w ramach serwisu prawnego, Centrum Alarmowe zapewnia, na życzenie Ubezpieczonego, świadczenia:
 - 1) Telefoniczna informacja prawna – informacja prawna udzielana przez prawników obejmująca:
 - a) prawo cywilne,
 - b) prawo administracyjne,
 - c) prawo pracy,
 - d) prawo podatkowe:
 - i. ordynacja podatkowa,
 - ii. ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - iii. ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych,
 - iv. ustawa o podatku od towarów i usług,
 - v. ustawa o podatku akcyzowym,
 - vi. ustawa o podatku od czynności cywilnoprawnych,
 - e) prawo gospodarcze:
 - i. ustawa o swobodzie działalności gospodarczej,

- ii. ustawa o Krajowym Rejestrze Sądowym,
 - iii. kodeks spółek handlowych,
 - iv. ustawa Prawo upadłościowe i naprawcze,
- 2) przesyłanie drogą elektroniczną aktualnych aktów prawnych:
 - a) ustawy,
 - b) rozporządzenia,
 - c) uchwały,
 - 3) przesyłanie drogą elektroniczną wzorów umów cywilno-prawnych:
 - a) umowy sprzedaży,
 - b) umowy najmu i dzierżawy,
 - c) umowy pożyczki,
 - d) umowy darowizny,
 - e) umowy o pracę,
 - f) umowy o dzieło,
 - g) umowa zlecenia,
 - 4) udzielanie informacji teled adresowych dotyczących:
 - a) biur podatkowych,
 - b) sądów,
 - c) prokuratur,
 - d) kancelarii adwokackich,
 - e) kancelarii radcowskich,
 - f) kancelarii notarialnych.
6. Informacje uzyskane od prawnika mają charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jako ostateczna ekspertyza prawna, ani też nie mogą być podstawą roszczeń Ubezpieczonego.
 7. Centrum Alarmowe nie udzieli Informacji prawnych, jeżeli zapytanie dotyczy relacji Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub Ubezpieczycielem.
 8. Przyjęcie zgłoszenia od Ubezpieczonego w zakresie Infolinii prawno – podatkowej możliwe jest przez całą dobę, przez 7 dni w tygodniu, przy czym uzyskanie porady prawnej od prawnika możliwe jest w godzinach 9:00 – 17:00 od poniedziałku do piątku (z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy).
 9. Ubezpieczony otrzyma Informację prawną w ramach usługi wskazanej w ust. 1 pkt. 1) nie wcześniej, niż po upływie dwóch godzin roboczych od momentu zgłoszenia Ubezpieczonego do Centrum Alarmowego i nie później niż po upływie 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia, chyba że Ubezpieczony i Centrum Alarmowe umówią się inaczej.
 10. Prawnik podejmuje maksymalnie dwie próby telefonicznego skontaktowania się z Ubezpieczonym celem udzielenia mu informacji w ramach usługi wskazanej w ust. 1 pkt. 1).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI POMOC W DOMU

§ 5

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach usług Assistance Domowego wyłączone są zdarzenia, które powstały w związku z:
 - 1) remontami i bieżącymi naprawami przeprowadzanymi w Miejscu zamieszkania,
 - 2) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem lub zaniechaniem Ubezpieczonego, Członków rodziny lub osób za których działania i zaniechania ponoszą oni odpowiedzialność, jak za działania i zaniechania własne; w razie rażącego

niedbalstwa Ubezpieczonego lub Członków rodziny, świadczenie należy się, o ile jego zapłata odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,

- 3) rozłączeniem lub przerwą w funkcjonowaniu urządzeń wodno-kanalizacyjnych do naprawy, których zobowiązane są właściwe służby publiczne lub administrator budynku,
- 4) zawilgoceniem domu i pomieszczeń w wyniku zalania wodą pochodzącą z opadów atmosferycznych, jeżeli obowiązek konserwacji tych urządzeń instalacji czy elementów domu należał do Ubezpieczonego,
- 5) przenikaniem wód gruntowych,
- 6) skutkami działania materiałów rozszczepialnych,
- 7) uszkodzeniami kanalizacji, rur instalacyjnych, gazowych i wodociągowych oraz podziemnych linii energetycznych oraz wszystkich tych instalacji, za naprawę lub konserwację których odpowiada administracja mieszkania lub właściwe służby pogotowia technicznego, wodno-kanalizacyjnego, gazowego lub energetycznego,
- 8) uszkodzeniami, o istnieniu których Ubezpieczony wiedział przed zawarciem Umowy,
- 9) prowadzeniem przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej w Miejscu zamieszkania,
- 10) powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA POMOC W DOMU

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego i ustalane są na okres jednego roku ubezpieczeniowego.
2. Poniższe tabele określają sumy ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance oraz maksymalną ilość interwencji w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia, o których mowa w § 4 (w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego).

SYTUACJA W JAKIEJ PRZYŚLUGUJE ŚWIADCZENIE	ŚWIADCZENIE ASSISTANCE	LIMITY NA ZDARZENIE
Uszkodzenie mienia w Miejscu zamieszkania wskutek Awarii lub Zdarzenia losowego	Interwencja specjalisty	2 razy / 600 PLN
	Dozór mienia	1 raz / 800 PLN
	Transport mienia	(1 ze świadczeń)
	Transport Ubezpieczonego i jego rodziny	2 razy / 500 PLN
	Zakwaterowanie Ubezpieczonego i jego rodziny	(1 ze świadczeń)
Awaria sprzętu AGD/RTV/IT	Interwencja specjalisty AGD/RTV/IT	2 razy / 500 PLN
Na życzenie Ubezpieczonego	Infolinia prawną - podatkowa	Bez limitu

B. POMOC MEDYCZNA

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA

§ 7

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja oraz pokrycie kosztów przez Ubezpieczyciela świadczeń assistance medycznego w przypadku wystąpienia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub Nagłego zachorowania.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług assistance polega, o ile OWU nie stanowi inaczej, na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonej w niniejszych OWU) kosztów dojazdu i honorarium Usługodawcy.
3. Ubezpieczeniem objęte są Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe na terytorium RP.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE POMOC MEDYCZNA

§ 8

1. W przypadku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP, Centrum Alarmowe realizuje świadczenia pomocy medycznej wymienione w ust. 2 i 3. Centrum Alarmowe nie organizuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
2. W ramach pomocy medycznej, w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terenie RP, Centrum Alarmowe zapewnia Ubezpieczonemu następujące świadczenia:
 - 1) **Wizyta lekarza**– Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty pierwszej wizyty Lekarza pierwszego kontaktu do danego zachorowania, czyli koszty dojazdu do Miejsca zamieszkania i honorarium Lekarza,
 - 2) **Wizyta pielęgniarki** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, w godzinach 8:00 – 17:00, nie później niż w ciągu 90 dni od Zdarzenia ubezpieczeniowego, w celu wykonania czynności pielęgniarskich na podstawie zalecenia lekarskiego. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje lekarz prowadzący leczenie lub lekarz Centrum Alarmowego,
 - 3) **Dostawa artykułów spożywczych** – zgodnie ze wskazaniem Lekarza Centrum Alarmowego lub Lekarza prowadzącego leczenie, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia artykułów spożywczych do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia z powodu Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania. Koszt artykułów spożywczych pokrywa Ubezpieczony,
 - 4) **Transport medyczny** – w przypadkach niewymagających interwencji pogotowia ratunkowego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego:
 - a) z Miejsca zamieszkania do najbliższego Szpitala, który może udzielić wymaganej pomocy,
 - b) ze szpitala do Szpitala – jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany jest on na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny,
 - c) ze Szpitala do Miejsca zamieszkania – jeżeli pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie dłużej niż 5 dni i wystąpił on niezwłocznie po Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
3. W ramach pomocy medycznej, w przypadku uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku na terenie RP, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyty u Lekarza Specjalisty, do limitu określonego w § 10 limitu.
4. W ramach assistance medycznego, w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium RP, Centrum Alarmowe zapewnia Ubezpieczonemu następujące świadczenia do limitów określonych w tabeli świadczeń:
 - 1) **Pomoc domowa po Hospitalizacji** – jeżeli wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Nagłego Zachorowania Ubezpieczony jest Hospitalizowany dłużej niż 5 dni, Centrum Alarmowe organizuje pomoc domową w godzinach 8.00 – 16.00 (przygotowywanie posiłków, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu Hospitalizacji przez okres 2 dni, w związku ze stwierdzoną przez Lekarza uzasadnioną koniecznością pomocy. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych ponosi Ubezpieczony;

- 2) **Opieka pielęgniarska po Hospitalizacji** – jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony jest Hospitalizowany dłużej niż 5 dni, Centrum Alarmowe organizuje wizyty pielęgniarki w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w godzinach 8:00 – 17:00 nie później niż w ciągu 90 dni od Zdarzenia ubezpieczeniowego, w celu wykonania czynności pielęgniarskich na podstawie zalecenia lekarskiego. O celowości wizyty pielęgniarki decyduje Lekarz prowadzący leczenie lub Lekarz Centrum Alarmowego;
 - 3) **Opieka nad Osobami niesamodzielnymi** – na czas hospitalizacji Ubezpieczonego Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 4) **Opieka nad zwierzętami** – na czas hospitalizacji Ubezpieczonego i pod warunkiem okazania książeczki zdrowia zwierzęcia z ważnymi badaniami i szczepieniami przez osobę działającą w imieniu Ubezpieczonego, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego. Opieka polega na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), podaniu świeżej wody, wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny zwierzęcia domowego (opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego);
 - 5) **Pomoc psychologiczna** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dojazdu do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz honorarium Lekarza psychiatry lub psychoterapeuty w przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium RP;
 - 6) **Refundacja leków po hospitalizacji** – Centrum Alarmowe dokona refundacji kosztów leków przypisanych (wskazanych) przez Lekarza Centrum Alarmowego lub Lekarza prowadzącego leczenie, w tym również zalecenia poszpitalne;
 - 7) **Organizacja procesu rehabilitacji** – jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania Ubezpieczony jest hospitalizowany dłużej niż 24 godziny i jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego Ubezpieczony wymaga rehabilitacji w Miejscu zamieszkania lub stacjonarnej placówce rehabilitacyjnej, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty wizyt specjalisty fizykoterapeuty w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego lub organizuje transport oraz wizytę w poradni rehabilitacyjnej;
 - 8) **Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego** – zgodnie ze wskazaniami Lekarza Centrum Alarmowego lub Lekarza prowadzącego leczenie, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszt dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia z powodu Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania, przy czym koszty zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego pokrywa Ubezpieczony;
 - 9) **Zapłata rachunków podstawowych (tj. gaz, prąd, Internet oraz czynsz)** - jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, Ubezpieczony jest hospitalizowany dłużej niż 14 dni, Centrum Alarmowe pokrywa lub refunduje koszty opłaconych przez Ubezpieczonego rachunków. Realizacja świadczenia odbywa się na podstawie przesłanych do Centrum Alarmowego faktur lub rachunków wystawionych na Ubezpieczonego:
 - a) za jeden miesiąc – jeśli hospitalizacja Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwała minimum 15 dni
 - b) za dwa miesiące – Ubezpieczony nabywa prawa do zapłaty rachunków za kolejny miesiąc, pod warunkiem, że będzie przebywał w Szpitalu nieprzerwanie min. 35 dni
 - c) Ubezpieczony nabywa prawa do zapłaty rachunków za kolejny miesiąc pod warunkiem przebywania w Szpitalu nieprzerwanie przez min. 65 dni.
2. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Centrum Alarmowego, realizuje na życzenie Ubezpieczonego następujące usługi:
- 1) **Infolinia medyczna** – Centrum Alarmowe udostępni Ubezpieczonemu na życzenie następujące informacje w ramach infolinii medycznej:
 - a) baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia,

- c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
 - d) baza danych placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju,
 - f) baza danych placówek opieki społecznej,
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań,
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w RP przepisów),
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w RP przepisów,
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach: bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, wrzodowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej,
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w RP dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych: narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją,
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia,
 - o) informacja o ciąży: objawy ciąży, badania, zagrożenia, dieta: przed, w trakcie ciąży i po porodzie, tabela dietetyczna,
 - p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt,
 - q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy,
 - r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych: gastroscopia, kolonoskopia, koronarografia, rezonans magnetyczny, ultrasonografia, wlew doodbytniczy.
 - s) Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego. Nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Alarmowego;
- 1) **Serwis informacyjny dla rodziców „Tele-Maluch”** - na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe przekaże następujące informacje:
- a) o szkołach rodzenia,
 - b) o pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - c) o pielęgnacji noworodka,
 - d) o szczepieniach dzieci,
 - e) o przedszkolach, szkołach i uczelniach na terenie kraju,
 - f) o ośrodkach kolonijnych, schroniskach młodzieżowych, ośrodkach sportowo-rekreacyjnych na terenie kraju;
- 2) **Telefoniczna konsultacja lekarska**– na wniosek Ubezpieczonego w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Centrum Alarmowego lub prowadzącego, Centrum Alarmowe zapewni możliwość telefonicznej rozmowy z Lekarzem specjalistą według poniższej listy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji
- a) chirurg,
 - b) okulista,

- c) otolaryngolog,
 - d) ortopeda,
 - e) kardiolog,
 - f) neurolog,
 - g) pulmonolog,
 - h) lekarz rehabilitacji,
 - i) neurochirurg,
 - j) psycholog;
- 3) **Druga Opinia Lekarska** – opinia Lekarza praktykującego na terenie RP, będącego specjalistą w danej dziedzinie. Uzyskiwana jest ona w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego wystąpi Poważne zachorowanie, które zostało poddane diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego następujących informacji:
- a) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie,
 - b) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami RP, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie.
- Świadczenie jest realizowane, w okresie do 2. tygodni od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przez Lekarza wybranego przez Centrum Alarmowe na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego) zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI POMOC MEDYCZNA

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek lub Nagłe Zachorowanie było bezpośrednio lub pośrednio spowodowane:
 - 1) operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi, z wyjątkiem przypadków, gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub Nagłym zachorowaniem,
 - 2) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności, pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu,
 - 3) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego,
 - 4) samookaleczeniem lub usiłowaniami popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) uprawianiem przez Ubezpieczonego następujących sportów: uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, paralotniarstwa, pilotowania jakichkolwiek samolotów silnikowych, sportów motorowych i motorowodnych, raftingu lub innych sportów wodnych na rzekach górskich, sportów walki, sportów spadochronowych, skoków narciarskich, wspinaczki wysokogórskiej lub skalnej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, myślistwa, jazdy konnej, jazdy gokartem, jazdy na nartach wodnych oraz jazdy z wykorzystaniem wszystkich pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie, udziałem Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, śródlądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich,
 - 7) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polegająca na organizacji usług pomocy medycznej nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:

- 1) planowym leczeniem,
 - 2) koniecznością odbycia wizyt kontrolnych,
 - 3) rekonwalescencją lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
 - 4) leczeniem stomatologicznym i protetycznym,
 - 5) leczeniem chorób przewlekłych,
 - 6) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów leków, środków opatrunkowych oraz sytuacji, w których wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego, służb ratownictwa specjalistycznego (WOPR, GOPR, TOPR, itp.).
5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA POMOC MEDYCZNA

§ 10

1. Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego i ustalane są na okres jednego roku ubezpieczeniowego.
2. Poniższe tabele określają sumy ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance oraz maksymalną ilość interwencji w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia (w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego).

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LIMIT NA ZDARZENIE / LICZBA INTERWENCJI W ROKU UBEZPIECZENIOWYM
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terenie RP	Wizyta Lekarza	500 PLN / 5 razy
	Wizyta pielęgniarki	500 PLN / 2 razy
	Dostawa podstawowych artykułów spożywczych	500 PLN / 2 razy
	Transport medyczny	1 500 PLN (łącznie na wszystkie transporty) / 2 razy
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku na terenie RP	Organizacja wizyty u Lekarza specjalisty	500 PLN / 2 razy
W przypadku hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium RP	Pomoc domowa po Hospitalizacji	48h / 2 razy
	Opieka pielęgniarska po Hospitalizacji	48h / 2 razy
	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	48 h / 2 razy
	Opieka nad zwierzętami	500 PLN / 2 razy
	Pomoc psychologa	1 000 PLN / 1 raz

	Rehabilitacja	800 PLN / 1 raz
	Refundacja leków po Hospitalizacji	500 PLN / 1 raz
	Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	1 000 PLN / 1 raz
	Zapłata rachunków podstawowych (gaz, prąd, Internet, czyszn)	3 m-ce po 1 000 PLN
Na życzenie Ubezpieczonego	Serwis Tele-Maluch	Bez limitu
	Telefoniczna konsultacja lekarska	
	Druga opinia lekarska	
	Infolinia medyczna	

C. NASTĘPSTWA NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW (NNW)

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA NNW

§ 11

1. Przedmiotem ubezpieczenia są świadczone całodobowo na rzecz Ubezpieczonego świadczenia określone w § 12 i § 13 w zakresie ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków oraz usług Assistance NNW.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie usług Assistance w przypadku NNW polega, o ile OWU nie stanowi inaczej, na zorganizowaniu i pokryciu (w wysokości określonej w niniejszych OWU) kosztów dojazdu oraz honorarium Usługodawcy.

ŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE NNW

§ 12

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego. W związku z zawarciem Umowy, odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęty jest zgon, uszczerbek lub uszkodzenie ciała oraz trwałe uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem Centrum Alarmowego, wypłaca następujące rodzaje świadczeń:
 - 1) na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP – świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia NNW;
 - 2) na wypadek uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała na terytorium RP - świadczenie w wysokości ustalonej na podstawie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu z zastosowaniem zasady, iż za jeden procent trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje świadczenie w wysokości jednego procenta sumy ubezpieczenia NNW na wypadek uszczerbku na zdrowiu. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą Załącznik 1 do niniejszych OWU;
 - 3) na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu na terytorium RP – świadczenie w wysokości ustalonej na podstawie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu z zastosowaniem zasady, iż za jeden procent trwałego uszczerbku na zdrowiu przysługuje świadczenie w wysokości jednego procenta sumy ubezpieczenia NNW na wypadek inwalidztwa. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się na podstawie Tabeli Trwałego Inwalidztwa.

Tabela Trwałego Inwalidztwa:

L.p.	Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	% sumy ubezpieczenia NNW na wypadek inwalidztwa
1.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie barku lub ramienia	80
2.	Całkowita utrata kończyny górnej w obrębie łokcia lub przedramienia	60
3.	Całkowita utrata dłoni	50
4.	Całkowita utrata palców II, III, IV, V ręki	7 - za każdy palec
5.	Całkowita utrata kciuka	22
6.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu biodrowego lub kości udowej	75
7.	Całkowita utrata kończyny dolnej w obrębie stawu kolanowego, podudzia lub stawów skokowych	60
8.	Całkowita utrata stopy	40
9.	Całkowita utrata palców stopy II, III, IV, V	4 - za każdy palec
10.	Całkowita utrata palucha	15
11.	Całkowita utrata wzroku w jednym oku	50
12.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100
13.	Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	30
14.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach	50
15.	Całkowita utrata małżowiny usznej	15
16.	Całkowita utrata nosa	20
17.	Całkowita utrata zębów stałych	2 - za każdy ząb, 20 - maksymalnie z tytułu utraty zębów
18.	Całkowita utrata śledziony	20
19.	Całkowita utrata jednej nerki	35
20.	Całkowita utrata obu nerek	75
21.	Całkowita utrata macicy	40
22.	Całkowita utrata jajnika lub jądra	20
23.	Całkowita utrata mowy	100
24.	Porażenie lub niedowład co najmniej dwóch kończyn poniżej 3 stopnia w skali Lovette'a	100

3. Świadczenie nie może być wyższe od sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłaca się uposażonemu wskazanemu imiennie przez Ubezpieczonego w dokumencie „Deklaracja Przystąpienia”, a w razie braku wskazania – niżej wskazanym osobom według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi,
 - 2) dzieciom w częściach równych, przy czym w przypadku, gdy jedno z dzieci zmarło przed śmiercią Ubezpieczonego udział jaki przypadłby temu dziecku przypada pozostałym dzieciom w częściach równych,
 - 3) rodzicom w częściach równych albo w całości jednemu z nich, jeżeli drugie z rodziców zmarło przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli tylko jednemu z nich przysługuje władza rodzicielska; w przypadku, gdy żadnemu z

rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani, a dla Ubezpieczonego ustanowiono opiekę – prawnym opiekunom na analogicznych zasadach jak dla rodziców,

- 4) osobom fizycznym powołanym do dziedziczenia z ustawy w częściach przypadającym im stosownie do postanowień kodeksu cywilnego dotyczących dziedziczenia ustawowego.

USŁUGI ASSISTANCE NNW

§ 13

1. W przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium RP, Centrum Alarmowe realizuje świadczenia pomocy medycznej wymienione w ust. 2. Centrum Alarmowe nie organizuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
2. W ramach pomocy medycznej, Ubezpieczyciel za pośrednictwem Centrum Alarmowego, zapewnia Ubezpieczonemu następujące świadczenie:
 - 1) **Organizacja wizyty u lekarza specjalisty ortopedy** – jeżeli Lekarz zaleci wizytę u Lekarza specjalisty ortopedy, Centrum Alarmowe organizuje wizytę i pokrywa koszty do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w tabeli świadczeń. w terminie wskazanym przez Ubezpieczonego, w miarę lokalnych możliwości.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI NNW

§ 14

1. Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany:
 - 1) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego,
 - 2) samookaleczeniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 3) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 4) uprawianiem przez Ubezpieczonego następujących sportów: uprawiania baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, paralotniarstwa, pilotowania jakichkolwiek samolotów silnikowych, sportów motorowych i motorowodnych, raftingu lub innych sportów wodnych na rzekach górskich, sportów walki, sportów spadochronowych, skoków narciarskich, wspinaczki wysokogórskiej lub skalnej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, myślistwa, jazdy konnej, jazdy gokartem, jazdy na nartach wodnych oraz jazdy z wykorzystaniem wszystkich pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie, udziałem Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, śródlądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich,
 - 5) wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polegająca na organizacji usług pomocy medycznej nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub Hospitalizacji jest związana z:
 - 1) planowym leczeniem,
 - 2) koniecznością odbycia wizyt kontrolnych,
 - 3) rekonwalescencją lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
 - 4) leczeniem chorób przewlekłych,
 - 5) nagłym pogorszeniem stanu zdrowia Ubezpieczonego lub komplikacjami w przypadku chorób, które wymagają stałego leczenia lub opieki medycznej.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje kosztów leków, środków opatrunkowych oraz zdarzeń, które miały miejsce poza terytorium RP.
- Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA NNW

§ 15

- Sumy ubezpieczenia stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego Zdarzenia i ustalane są na okres jednego roku ubezpieczeniowego.
- Poniższa tabela określa sumy ubezpieczenia dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, o którym mowa w § 12 oraz w § 13 oraz maksymalną ilość interwencji w ciągu rocznego okresu ubezpieczenia, (w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego).

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LICZBA INTERWENCJI W ROKU UBEZPIECZENIOWYM / LIMIT NA ZDARZENIE
		NNW
Zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub uszkodzenie ciała/ rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	Ubezpieczenie NNW w związku ze śmiercią	250 000 PLN
	Ubezpieczenie NNW na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała (na podstawie Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała)	10 000 PLN
	Ubezpieczenie NNW na wypadek inwalidztwa (na podstawie Tabeli Trwałego Inwalidztwa)	100 000 PLN
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty (ortopeda)	1 x 350 PLN

D. BEZPIECZNA TOŻSAMOŚĆ

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA BEZPIECZNA TOŻSAMOŚĆ

§ 16

- Przedmiotem ubezpieczenia są następujące dokumenty: karty płatnicze i kredytowe, paszport, dowód osobisty, karta pobytu, prawo jazdy, dowód rejestracyjny.
- Ubezpieczyciel na podstawie Umowy, ponosi odpowiedzialność w przypadku utraty przez Ubezpieczonego dokumentów, o których mowa w ust.1, wskutek Kradzieży, Kradzieży z włamaniem lub rozboju, mającego miejsce poza terytorium RP.
- W razie utraty karty płatniczej, karty kredytowej, paszportu, dowodu osobistego, karty pobytu, prawa jazdy lub dowodu rejestracyjnego w następstwie Kradzieży, Kradzieży z włamaniem lub rozboju poza terytorium RP, uniemożliwiającej powrót do Polski, Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu następujące świadczenia opisane w Tabeli świadczeń pakietu „Bezpieczna Tożsamość” poniżej.

BEZPIECZNA TOŻSAMOŚĆ		
Utrata dokumentów w następstwie Kradzieży, Kradzieży z włamaniem lub rozboju	Pomoc w zastrzeganiu wszystkich posiadanych kart płatniczych i kredytowych	Bez limitu
	Pomoc w zgłoszeniu faktu zagubienia w najbliższym komisariacie Policji/ambasadzie.	Bez limitu
	Asysta w przypadku zagubienia dokumentów i kart płatniczych podczas podróży zagranicznej	Bez limitu
	Pomoc w uzyskaniu dokumentów zastępczych za granicą	Bez limitu
Utrata dokumentów w następstwie Kradzieży, Kradzieży z włamaniem lub rozboju za granicą uniemożliwiającej powrót do kraju (tylko Europa, bez RP)	Organizacja i pokrycie kosztów biletu powrotnego do RP	1 raz / 2 500 PLN
	Organizacja i pokrycie kosztów noclegu	1 raz / 2 000 PLN
	Pokrycie, zwrot kosztów transportu do ambasady (w przypadku, jeżeli w miejscu przebywania Ubezpieczonego nie znajduje się ambasada lub konsulát)	1 raz / 500 PLN
	Zwrot kosztów poniesionych na wyrobienie duplikatu dokumentów	1 raz / 300 PLN
Utrata dokumentów w następstwie Kradzieży, Kradzieży z włamaniem lub rozboju po zgłoszeniu tego faktu na policji	Pomoc w wypełnieniu wniosków o wydanie nowych dokumentów	1 raz
	Pomoc w wypełnianiu wniosku o uzyskanie raportu w BIK	1 raz

4. Na życzenie Ubezpieczonego Centrum Alarmowe udziela następujących informacji w zależności od zaistniałej sytuacji:
 - 1) jakie kroki należy podjąć w przypadku utraty dokumentów,
 - 2) jakie dokumenty należy zastrzegać i jakie niebezpieczeństwa wiążą się z ich utratą (wykorzystanie przez osoby niepowołane),
 - 3) informacja o podmiotach, gdzie należy zgłaszać utratę dokumentów,
 - 4) jak uzyskać dostęp do własnej historii kredytowej w BIK,
 - 5) informacja o krokach jakie należy podjąć w celu uzyskania nowych dokumentów,
 - 6) informacja o opłatach związanych z uzyskaniem nowych dokumentów.
5. W razie potrzeby Centrum Alarmowe podejmie w imieniu Ubezpieczonego następujące kroki:
 - 1) pomoc w wypełnianiu wniosku o uzyskanie raportu w BIK (dostęp do historii kredytowej),
 - 2) pomoc w uzyskaniu nowych dokumentów, kart (pomoc nie obejmuje sytuacji wymagających fizycznej obecności Ubezpieczonego),
 - 3) pomoc w uzyskaniu dokumentów zastępczych za granicą,
 - 4) telefoniczna pomoc tłumacza (język angielski) w razie utraty dokumentów za granicą.
6. W przypadku, gdy utrata dokumentów poza granicami Polski uniemożliwia Ubezpieczonemu powrót do kraju, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń w zależności od zaistniałej sytuacji:
 - 1) **Organizacja i pokrycie kosztów biletu powrotnego do RP** – jeżeli ze względu na zaistniałą sytuację przypadnie pierwotny środek transportu, Centrum Alarmowe, do maksymalnego limitu 2 500 PLN, organizuje i pokrywa koszty bilety powrotnego do RP dla Ubezpieczonego dogodnym i ustalonym z Ubezpieczonym środkiem transportu wraz z transportem na lotnisko/dworzec;
 - 2) **Organizacja i pokrycie kosztów noclegu** – Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty noclegu Ubezpieczonego w hotelu dwu lub trzy gwiazdkowym do maksymalnego limitu 2 000 PLN do momentu wyrobienia duplikatów i

organizacji transportu powrotnego. Koszty zakwaterowania w hotelu nie obejmują dodatkowych wydatków poniesionych przez Ubezpieczonego związanych z pobytem w hotelu tj. telefon, dodatkowe wyżywienie lub inne usługi świadczone przez hotel;

- 3) **Pokrycie kosztów transportu do ambasady** – w przypadku, jeżeli w miejscu przebywania Ubezpieczonego nie znajduje się ambasada lub konsul, a zaistniała sytuacja wymaga aby Ubezpieczony udał się do ambasady, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do ambasady do limitu 500 PLN,
 - 4) **Zwrot kosztów poniesionych na wyrobienie duplikatu dokumentów** – Centrum Alarmowe refunduje na zasadach określonych w § 42 koszty poniesione przez Ubezpieczonego na wyrobienie duplikatu dokumentów do limitu 300 PLN.
7. Ze świadczeń wymienionych w § 16 ust.6 Ubezpieczony może skorzystać raz w roku ubezpieczeniowym.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI BEZPIECZNA TOŻSAMOŚĆ

§ 17

1. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zdarzenia:
 - 1) powstałe wskutek konfiskaty lub zarekwirowania dokumentów na podstawie decyzji podjętej przez uprawnione do tego władze, jak również spowodowane działaniami uprawnionych do tego władz,
 - 2) o których Ubezpieczony nie zawiadomił policji,
 - 3) powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

E. FUNERAL ASSISTANCE

ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA FUNERAL ASSISTANCE

§ 18

Ochrona ubezpieczeniowa, w ramach Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU, obejmuje organizację na terytorium RP i pokrycie kosztów świadczeń określonych w § 20 do wysokości Sumy Ubezpieczenia oraz limitów określonych w § 19.

PRZEDMIOT I SUMA UBEZPIECZENIA FUNERAL ASSISTANCE

§ 19

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia wynosi 10 000 PLN i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Centrum Alarmowe pokrywa koszty poniesione przez Osoby bliskie Ubezpieczonego do wysokości stanowiącej nadwyżkę ponad kwotę zasiłku pogrzebowego wypłaconego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych z zastrzeżeniem ust. 2 i 4.
4. Poniższa Tabela Świadczeń określa limity dla realizowanych przez Centrum Alarmowe świadczeń assistance.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE	LIMIT ODPOWIEDZIALNOŚCI
Organizacja i pokrycie kosztu zakupu trumny lub urny	2 000 PLN
Kremacja zwłok	1 000 PLN

Przechowywanie zwłok w chłodni	7 dni / 500 PLN
Przygotowanie zwłok do pochówku	500 PLN
Rezerwacja terminów pochówku na cmentarzu	Organizacja
Organizacja i pokrycie kosztu ceremonii pochówku	1 500 PLN
Transport zwłok do domu pogrzebowego, przewóz karawanem na cmentarz, kondukt pogrzebowy, opuszczenie trumny do grobu, wieńce żałobne	1 500 PLN
Konsolacja	2 000 PLN
Nekrologi w prasie	200 PLN
Organizacja i dostarczenie klepsydr pogrzebowych	Organizacja
Muzyczna oprawa pogrzebowa	Organizacja
Zamówienie przemówienia pogrzebowego	Organizacja
Usługi florystyczne	Organizacja
Organizacja i pokrycie kosztów usług kamieniarskich	2 000 PLN
Infolinia pogrzebowa	Bez limitu

OPIS ŚWIADCZEŃ FUNERAL ASSISTANCE

§ 20

1. W przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, Osobie bliskiej przysługują, w granicach Sumy ubezpieczenia oraz limitów określonych w Tabeli Świadczeń w § 19 ust. 4, następujące świadczenia assistance:

- 1) **Organizacja i pokrycie kosztu zakupu trumny lub urny** – Centrum Alarmowe na wniosek Osoby bliskiej pomoże w wyborze trumny lub urny (w przypadku decyzji Osoby bliskiej o kremacji zwłok) oraz pokryje koszty jej zakupu w firmie pogrzebowej w granicach Sumy ubezpieczenia.
- 2) **Kremacja zwłok** – na wniosek Osoby bliskiej, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty spopielenia szczątków Ubezpieczonego przeprowadzonego przez profesjonalną firmę pogrzebową.
- 3) **Przechowywanie zwłok w chłodni** – w przypadku ustalenia terminu pochówku Ubezpieczonego ponad 72 godziny od chwili zgonu, Centrum Alarmowe zorganizuje i pokryje koszty przechowania ciała Ubezpieczonego w pomieszczeniu przeznaczonym do przechowywania zwłok do dnia pochówku, nie dłużej jednak niż przez okres 7 dni.
- 4) **Rezerwacja terminów pochówku na cmentarzu** – Centrum Alarmowe w porozumieniu z Osobą bliską ustala i rezerwuje termin pochówku Ubezpieczonego na wybranym cmentarzu na terytorium RP.
- 5) **Organizacja i pokrycie kosztów ceremonii pochówku** – Centrum Alarmowe, przy udziale profesjonalnej firmy pogrzebowej, w porozumieniu z Osobą bliską organizuje i pokrywa koszty ceremonii pogrzebowej na terytorium RP dla Ubezpieczonego zgodnie z wybranym rodzajem.
- 6) **Transport zwłok do domu pogrzebowego, przewóz karawanem na cmentarz, kondukt pogrzebowy, opuszczenie trumny do grobu** – Centrum Alarmowe, organizuje i pokrywa koszty transportu:
 - a) zwłok Ubezpieczonego ze Szpitala, Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub innego miejsca na terytorium RP do domu pogrzebowego, w którym ciało Ubezpieczonego zostanie przygotowane do pochówku,
 - b) trumny z ciałem lub urny z prochami Ubezpieczonego wraz z wieńcami żałobnymi karawanem na cmentarz, na terytorium RP, na którym Ubezpieczony zostanie pochowany.

Świadczenie obejmuje również organizację i pokrycie kosztów konduktu pogrzebowego oraz złożenia trumny lub urny w grobie, realizowanych przy udziale profesjonalnej firmy pogrzebowej.

- 7) **Wieńce żałobne** – Centrum Alarmowe za pośrednictwem profesjonalnej firmy pogrzebowej zamówi i pokryje koszty przygotowania i dostarczenia wieńców żałobnych do miejsca odprawienia ceremonii pochówku.
 - 8) **Konsolacja** – Centrum Alarmowe, w porozumieniu z Osobą bliską, organizuje i pokrywa koszty poczęstunku dla przybyłych na pogrzeb Ubezpieczonego gości. Spotkanie może odbyć się we wskazanej przez Ubezpieczonego restauracji, wówczas Centrum Alarmowe dokona rezerwacji i pokryje koszty lub dokona refundacji (w granicach określonego w Tabeli Świadczeń limitu) kosztów poczęstunku.
 - 9) **Nekrologi w prasie** – Centrum Alarmowe w porozumieniu z Osobą bliską organizuje i pokrywa koszty umieszczenia w prasie informacji o śmierci Ubezpieczonego.
 - 10) **Organizacja i dostarczenie klepsydry pogrzebowych** – Centrum Alarmowe, w porozumieniu z Osobą bliską, przygotowuje i dostarczy drogą elektroniczną do Osoby bliskiej oraz osób przez nią wskazanych, ogłoszenia o śmierci Ubezpieczonego.
 - 11) **Muzyczna oprawa pogrzebowa** – Centrum Alarmowe, w porozumieniu z Osobą bliską organizuje na czas ceremonii pochówku, profesjonalnego muzyka lub zespół muzyczny. Koszt usługi ponoszony jest przez Osobę bliską.
 - 12) **Zamówienie przemówienia pogrzebowego** – w przypadku organizacji świeckiej ceremonii pochówku, Centrum Alarmowe w porozumieniu z Osobą bliską, zorganizuje przygotowanie profesjonalnej mowy pożegnalnej Ubezpieczonego. Koszt usługi ponoszony jest przez Osobę bliską.
 - 13) **Usługi florystyczne** – Centrum Alarmowe w porozumieniu z Osobą bliską, organizuje przygotowanie i dostarczenie do miejsca ceremonii pochówku: kwiatów, wieńców, wiązanek do urn. Koszt usługi ponoszony jest przez Osobę bliską.
 - 14) **Organizacja i pokrycie kosztów usług kamieniarskich** – Centrum Alarmowe w porozumieniu z Osobą bliską, organizuje i pokrywa, w granicach określonego w Tabeli Świadczeń limitu, koszty nagrobku lub pomnika dla Ubezpieczonego na cmentarzu na terytorium RP.
2. Centrum Alarmowe na życzenie Ubezpieczonego lub Osoby bliskiej udostępni, w ramach Infolinii pogrzebowej, informacje o:
- 1) sieci podwykonawców realizujących usługi pogrzebowe, współpracujących z Centrum Alarmowym.
 - 2) procedurach związanych z organizacją pochówku,
 - 3) formalnościach związanych z pogrzebem, w tym dotyczące uzyskania karty zgonu lub aktu zgonu,
 - 4) wysokości i możliwości uzyskania zasiłku pogrzebowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI FUNERAL ASSISTANCE

§ 21

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Zdarzenia ubezpieczeniowe, które powstały:
 - 1) umyślnego działania lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - 2) z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

F. DRUGA OPINIA MEDYCZNA

PRZEDMIOT I SUMA UBEZPIECZENIA DRUGA OPINIA MEDYCZNA

§ 22

1. Usługi realizowane w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania. O celowości i sposobie realizacji poszczególnych świadczeń decyduje Lekarz konsultant Centrum Alarmowego. Centrum Alarmowe nie organizuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

2. Suma ubezpieczenia wynosi:

- 1) 3 000 PLN dla Drugiej opinii medycznej krajowej,
- 2) 10 000 PLN dla Drugiej opinii medycznej zagranicznej

i stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego i ustalana jest na okres jednego roku.

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOW	RODZAJ ŚWIADCZENIA		LICZBA INTERWENCJI W ROKU UBEZPIECZENIOWYM / LIMIT NA ZDARZENIE
Druga opinia medyczna krajowa			
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania	Druga opinia lekarska krajowa		1 raz / 3 000 PLN
	Tele-, Wideokonsultacja lub wizyta specjalisty z ośrodka referencyjnego (jako uzupełnienie drugiej opinii lekarskiej krajowej)		1 raz / 2 000 PLN
	Telekonsultacje medyczne ogólne		5 razy + 1 raz (telekonsultacja przygotowawcza)
	Świadczenia łączne	Transport medyczny do placówki medycznej	1 raz / 2 000 PLN
		Transport medyczny z placówki medycznej	
	Organizacja hotelu w sytuacji gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u lekarza konsultanta z ośrodka referencyjnego, który wystawiał Drugą opinię lekarską krajową		1 raz / 1 000 PLN
Dowóz leków		2 razy / 250 PLN	

Druga opinia medyczna zagraniczna			
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Poważnego zachorowania	Druga opinia lekarska zagraniczna		1 raz / 10 000 PLN
	Tele-, Wideokonsultacja lub wizyta specjalisty z ośrodka referencyjnego (jako uzupełnienie Drugiej opinii lekarskiej zagranicznej)		1 raz / 2 000 PLN
	Telekonsultacje medyczne ogólne		5 razy + 1 raz (telekonsultacja przygotowawcza)
	Świadczenia łączne	Transport medyczny do placówki medycznej	1 raz / 2 000 PLN
		Transport medyczny z placówki medycznej	
	Dowóz leków		1 raz / 250 PLN
Organizacja leczenia		1 raz / organizacja	

OPIS ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DRUGA OPINIA MEDYCZNA

§ 23

1. **Druga opinia lekarska krajowa** – opinia Lekarza konsultanta praktykującego na terenie RP, będącego specjalistą w danej dziedzinie. Uzyskiwana jest ona w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, które zostało poddane diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego następujących informacji:
 - 1) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie,
 - 2) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami RP, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie.Świadczenie jest realizowane, w okresie do 15 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji Lekarza wybranego przez Ubezpieczyciela, na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego) zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego.
2. **Druga opinia lekarska zagraniczna** – opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium RP, będącego specjalistą w danej dziedzinie. Uzyskiwana jest ona w sytuacji, gdy u Ubezpieczonego wystąpi Zdarzenie ubezpieczeniowe, które zostało poddane diagnostyce i zaproponowano Ubezpieczonemu plan leczenia. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Ubezpieczonego następujących informacji:
 - 1) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie,
 - 2) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami RP, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie.Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji Lekarza wybranego przez Ubezpieczyciela na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Ubezpieczonego) zebranej i udostępnionej przez Ubezpieczonego.
3. **Tele-, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z ośrodka referencyjnego** (jako uzupełnienie drugiej opinii lekarskiej krajowej)– tele- lub wideokonsultacja lub wizyta u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię lekarską krajową, dająca możliwość omówienia wystawionej Drugiej opinii lekarskiej krajowej w przypadku wątpliwości, niejasności lub dodatkowych pytań.
 - 1) Świadczenie może dotyczyć jednorazowej konsultacji danego specjalisty.
 - 2) Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, w tym operacji, które konsultant wykona u pacjenta oprócz przeprowadzenia konsultacji.
4. **Tele-, wideokonsultacja lub wizyta u specjalisty z ośrodka referencyjnego** (jako uzupełnienie drugiej opinii lekarskiej zagranicznej)– tele- lub wideokonsultacja lub wizyta u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię lekarską zagraniczną, dająca możliwość omówienia wystawionej Drugiej opinii lekarskiej zagranicznej w przypadku wątpliwości, niejasności lub dodatkowych pytań.
 - 1) Świadczenie może dotyczyć jednorazowej konsultacji danego specjalisty.
 - 2) Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych, w tym operacji, które konsultant wykona u pacjenta oprócz przeprowadzenia konsultacji.
5. **Telekonsultacje medyczne ogólne** – telekonsultacje medyczne realizowane na bieżąco przez Lekarza specjalistę medycyny rodzinnej w trybie 24/7. Czas oczekiwania na usługę nie przekracza 2 godzin od momentu zgłoszenia. Usługa realizowana jest w formie konsultacji telefonicznej, wideokonsultacji lub zapytania mailowego. Przed telekonsultacją możliwe jest przesłanie dokumentacji medycznej dla Lekarza specjalistę medycyny rodzinnej - konsultanta. Po telekonsultacji możliwe jest przesłanie skierowań i recept pełnopłatnych.
6. **Transport medyczny do placówki medycznej** – w następstwie Drugiej opinii lekarskiej krajowej i zagranicznej i konieczności jej konsultacji, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego z Miejsca

zamieszkania do Szpitala lub placówki medycznej, w której pracuje Lekarz specjalista wystawiający Drugą opinię medyczną. O zasadności organizacji i pokryciu kosztów decyduje lekarz Centrum Alarmowego.

7. **Transport medyczny z placówki medycznej** – w następstwie Drugiej opinii lekarskiej krajowej i zagranicznej i konieczności jej konsultacji, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego z Szpitala lub placówki medycznej w której pracuje Lekarz specjalista wystawiający Drugą opinię lekarską do miejsca pobytu Ubezpieczonego. O zasadności organizacji i pokryciu kosztów decyduje lekarz Centrum Alarmowego.
8. **Organizacja hotelu** - w sytuacji, gdy Ubezpieczony korzysta z wizyty u specjalisty z ośrodka referencyjnego (wyłącznie w odniesieniu do drugiej opinii lekarskiej krajowej) – w następstwie Drugiej opinii lekarskiej krajowej i konieczności jej konsultacji, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty hotelu dla Ubezpieczonego w pobliżu placówki medycznej, w której pracuje Lekarz specjalista wystawiający Drugą opinię lekarską krajową. Świadczenie jest zasadne, jeśli nie jest możliwe zorganizowanie dojazdu oraz wizyty w ciągu jednego dnia. O zasadności organizacji i pokryciu kosztów decyduje Lekarz Centrum Alarmowego.
9. **Dowóz leków** – jeżeli Ubezpieczony wymaga leżenia zgodnie ze wskazaniami Lekarza Centrum Alarmowego lub określonymi w zwolnieniu lekarskim, Centrum Alarmowe organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu Ubezpieczonego zarówno w kraju jak i za granicą. Koszt zakupu leków ponosi Ubezpieczony.
10. **Organizacja procesu leczenia poza RP** – świadczenie dostępne w Drugiej Opinii Medycznej poza RP, realizowane w celu wykonania zaleceń z Drugiej Opinii Medycznej, które obejmuje:
 - 1) Analizy przypadku,
 - 2) Indywidualny plan leczenia,
 - 3) Koordynację i wsparcie podczas realizacji planu leczenia,
 - 4) Zakończenie planu leczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DRUGA OPINIA MEDYCZNA

§ 24

1. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zdarzeń powstałe wskutek:
 - 1) wypadków wynikających z brania udziału w zakładach, przestępstwach lub bójkach, za wyjątkiem działania w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności,
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych prawem uprawnień,
 - 3) uczestnictwa w wyprawach i obozach survivalowych,
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących sportów: baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, paralotniarstwa, pilotowania jakichkolwiek samolotów silnikowych, sportów motorowych i motorowodnych, raftingu lub innych sportów wodnych na rzekach górskich, sportów walki, sportów spadochronowych, skoków narciarskich, wspinaczki wysokogórskiej lub skalnej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, myślistwa, jazdy konnej, jazdy gokartem, jazdy na nartach wodnych oraz jazdy z wykorzystaniem wszystkich pojazdów poruszających się po śniegu lub lodzie, udziałem Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, śródlądowych, morskich lub powietrznych oraz w przygotowaniu do nich,
 - 5) wykonywania pracy fizycznej za granicą,
 - 6) wykonywania pracy o wysokim stopniu ryzyka,
 - 7) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi nielicencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) leczenia niezwiązanego z pomocą medyczną, udzieloną w przypadku Poważnego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku,

- 2) chorób przewlekłych, istniejących lub zdiagnozowanych przed przystąpieniem do programu assistance,
 - 3) chorób, z którymi związana była Hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed przystąpieniem
 - 4) do programu assistance,
 - 5) helioterapii lub zabiegów ze wskazań estetycznych,
 - 6) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego,
 - 7) ciąży,
 - 8) leczenia przez Lekarza będącego Członkiem rodziny Ubezpieczonego,
 - 9) szczepień, a także leczenia dentystrycznego,
 - 10) wypadków wynikających z zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny,
 - 11) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum Alarmowego,
 - 12) szkód wyrządzonych Ubezpieczonemu przez Członków rodziny.
3. Z zakresu odpowiedzialności Europ Assistance także wyłączone jest leczenie oraz transport w przypadku, gdy stan zdrowia Ubezpieczonego wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
4. Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
- 1) koszty poniesione przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zgody Centrum Alarmowego nawet wówczas, jeżeli wysokość poniesionych kosztów mieści się w granicach limitów odpowiedzialności, chyba że powiadomienia nie dokonano z powodu Siły wyższej lub szczególnych okoliczności; w uzasadnionych przypadkach Centrum Alarmowe może podjąć decyzję o zwrocie Ubezpieczonemu poniesionych przez niego kosztów usług objętych ubezpieczeniem do wysokości kosztów, które Centrum Alarmowe poniosłoby organizując usługę,
 - 2) świadczenia, jeżeli szkoda nastąpiła w związku z prowadzoną działalnością zawodową lub gospodarczą,
 - 3) następstwa zdarzeń, które miały miejsce przed zawarciem Umowy.
5. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

G. NIEAUTORYZOWANE TRANSAKcje INTERNETOWE

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKcje INTERNETOWE

§ 25

Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. Nieautoryzowanej transakcji internetowej.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKcje INTERNETOWE

§ 26

Suma ubezpieczenia z tytułu Nieautoryzowanej transakcji, w każdym kolejnym roku ubezpieczenia, równa jest równowartości **1000 PLN** na wszystkie Nieautoryzowane Transakcje.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKcje INTERNETOWE

§ 27

1. Poniższa Tabela Świadczeń określa limit dla realizowanych przez Centrum Alarmowe świadczeń assistance.

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	RODZAJ ŚWIADCZENIA	LIMIT NA ZDARZENIE / LICZBA INTERWENCJI W ROKU UBEZPIECZENIOWYM
Nieautoryzowana transakcja internetowa	Zwrot utraconych środków	1 000 PLN / 1 razy

2. Zwrot utraconych środków – w przypadku Nieautoryzowanej transakcji internetowej Ubezpieczyciel zwróci łączną kwotę Nieautoryzowanych transakcji, do wysokości Sumy ubezpieczenia wskazanej w Tabeli świadczeń assistance, jednak kwota transakcji nie może być niższa niż 200 PLN.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA NIEAUTORYZOWANE TRANSAKcje INTERNETOWE

§ 28

- Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są następujące zakupy internetowe:
 - rośliny i zwierzęta;
 - metale szlachetne, biżuteria oraz dzieła sztuki;
 - dane cyfrowe lub do pobrania on line (pliki mp3, zdjęcia, oprogramowanie);
 - artykuły farmaceutyczne;
 - towary niedopuszczone do obrotu na terenie RP.
- Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

H. TELEPRAWNIK VIP

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA TELEPRAWNIK VIP

§ 29

Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów udzielenia Ubezpieczonemu Informacji Prawnej przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela, oraz udzielenie usług Concierge, o ile Zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało w okresie ubezpieczenia oraz problem prawny czy usługa Concierge mieści się w zakresie ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA TELEPRAWNIK VIP

§ 30

Zakresem ubezpieczenia objęta jest:

- Informacja prawna**
 - w zakresie spraw związanych z:
 - używaniem samochodu, roweru, motocyklu, elektrycznej hulajnogi lub innego pojazdu lub urządzenia w związku z ruchem drogowym;
 - zawartymi przez Ubezpieczonego umowami i ochroną jego praw konsumenckich;
 - wykroczeniami popełnionymi przez Ubezpieczonego lub przestępstwami, o które został podejrzany lub oskarżony;

- d) dochodzeniem roszczeń Ubezpieczonego wynikających z nieuczciwych transakcji dokonanych przez Internet lub z nieuprawnionym wykorzystaniem jego kart płatniczych;
 - e) przestępstwami cybernetycznymi lub naruszeniem dóbr osobistych w Internecie i innych środkach przekazu, polegających w szczególności na znieważeniach i pomówieniach lub bezprawnym wykorzystaniu informacji z życia prywatnego;
 - f) bezprawnym wykorzystywaniem wizerunku, w tym także w Internecie;
 - g) prowadzeniem spraw przed sądami konsumenckimi oraz upadłością konsumentką;
 - h) dochodzeniem roszczeń odszkodowawczych z umów i czynów niedozwolonych, w tym wypadków drogowych;
 - i) wszelkimi sprawami dotyczącymi prawa spadkowego i darowizn, w tym z testamentem, zachowkiem;
 - j) prawem rodzinnym i opiekuńczym; w tym z rozwodem, alimentami i podziałem majątku;
 - k) ochroną danych osobowych (RODO);
 - l) usunięciem informacji z Biura Informacji Kredytowej (wyciszczenia BIK) lub innego rejestru dłużników;
 - m) prawem administracyjnym oraz z postępowaniami administracyjnymi toczącymi się przed organami w toku tych postępowań;
 - n) prawem budowlanym w toku procesu budowy przed organami administracyjnymi, od momentu uzyskania pozwolenia na budowę;
 - o) uprawnieniami Ubezpieczonego wynikającymi z prawa górniczego; w tym prawa do deputatu węglowego, dodatkowego wynagrodzenia;
 - p) stosunkiem pracy, w tym brakiem zapłaty wynagrodzenia;
 - q) postępowaniami przed Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, w tym odwołania od decyzji organu;
 - r) posiadaniem lub użytkowaniem nieruchomości, obejmujące między innymi problemy związane z transakcją sprzedaży nieruchomości lub inne związane z prawem własności nieruchomości lub umowami najmu;
 - s) prawem wspólnot i spółdzielni mieszkaniowych;
 - t) poręczeniem i przejęciem długu przez Ubezpieczonego.
- 2) Świadczenie informacji prawnej polega na:
- a) bieżących konsultacjach prawnych;
 - b) organizacji pomocy prawnej;
 - c) informowaniu o procedurze i kosztach dochodzenia lub ochrony swoich praw;
 - d) przesyłaniu drogą elektroniczną wzorów umów i pism należących do powszechnego obrotu prawnego;
 - e) udostępnianiu drogą elektroniczną aktualnych oraz historycznych aktów prawnych;
 - f) przesyłaniu informacji teleadresowych o jednostkach organizacyjnych sądów powszechnych oraz prokuratury, a także o adwokatach, radcach prawnych i notariuszach.
- 3) Informacja prawna zostanie udzielona Ubezpieczonemu przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela w oparciu o przedstawiony przez Ubezpieczonego opis problemu prawnego. Jeżeli po uzyskaniu Informacji prawnej Ubezpieczony po raz kolejny zwróci się do Przedstawiciela Ubezpieczyciela z wnioskiem o udzielenie Informacji prawnej podając dalsze lub odmienne informacje czy dane dotyczące tego samego problemu prawnego udzieloną przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela informację prawną traktuje się i liczy jako nową – kolejną Informację prawną.
- 4) Informacje prawne udzielane są na bieżąco lub w przeciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela wniosku o udzielenie Informacji prawnej wraz z wymaganymi dokumentami do udzielenia Informacji prawnej, chyba że Ubezpieczony i Przedstawiciel Ubezpieczyciela umówili się inaczej.
- 5) Informacje prawne udzielane są Ubezpieczonemu przy zastosowaniu poniższych form przekazu:
- a) telefonicznie, na wskazany przez Ubezpieczonego numer telefonu,
 - b) pocztą elektroniczną, na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail;
- 6) Informacje prawne udzielane są przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela 7 dni w tygodniu w godzinach od 9.00 do 21.00.

2. Usługi Concierge

- 1) Zakres usług:
 - a) Rezerwacja biletów na imprezy kulturalno-rozrywkowe;
 - b) Dostarczanie kwiatów;
 - c) Dostarczanie zakupów;
 - d) Pomoc przy wyborze prezentów;
 - e) Organizacja wyjazdu (urlopu) do 9 osób;
 - f) Polecenia ofert imprezy okolicznościowej dla Ubezpieczonych;
 - g) Organizacja kart okolicznościowych podpisanych przez wybitne osobowości ze świata show biznesu, sztuki i sportu;
 - h) Umawianie wizyt do fryzjera, chirurga plastycznego, makijażysty, kreatorów wizerunku;
 - i) Pomoc w zaproszeniu wybitnych osobistości na konferencje, seminaria czy też imprezy okolicznościowe;
 - j) Pomoc w zapewnieniu oprawy muzycznej postaci z polskiej sceny estradowej na imprezy okolicznościowe;
- 1) Usługi Concierge udzielane są Ubezpieczonemu przy zastosowaniu poniższych form przekazu:
 - a) telefonicznie, na wskazany przez Ubezpieczonego numer telefonu;
 - b) pocztą elektroniczną, na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail;
- 2) Usługi Concierge realizowane są przez Centrum Alarmowe 7 dni w tygodniu w godzinach od 8.00 do 20.00, natomiast przyjmowanie zgłoszeń przez 24h.
- 3) Koszty usług Concierge (z wyłączeniem organizacji) spoczywają na Ubezpieczonym i są mu każdorazowo przedstawiane do autoryzacji telefonicznie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej przed wykonaniem usługi.
- 4) Europ Assistance podejmie wszelkie możliwe starania w celu realizacji wyżej wymienionych usług. Przy założeniu, że organizacja lub świadczenie tych usług jest zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, normami społecznymi oraz społeczno-gospodarczym przeznaczeniem usług Concierge.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA TELEPRAWNIK VIP

§ 31

1. W przypadku Informacji prawnej:
 - 1) Zakresem ubezpieczenia nie są objęte problemy prawne:
 - a) związane z działalnością gospodarczą Ubezpieczonego;
 - b) dotyczące sporów pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym, Ubezpieczycielem lub Przedstawicielem Ubezpieczyciela (z wyjątkiem prawa rodzinnego i spadkowego);
 - c) związane z wywłaszczeniem, podziałem, przekształceniem własnościowym nieruchomości i planem zagospodarowania przestrzennego;
 - d) zaistniałe poza okresem lub zakresem Ubezpieczenia;
 - e) z zakresu: prawa handlowego; umów agencyjnych; umów z członkami ustawowych organów Ubezpieczonego; funduszy inwestycyjnych; obligacji; papierów wartościowych; prawa o stowarzyszeniach; prawa o związkach zawodowych; zbiorowego prawa pracy; upadłościowego i naprawczego; autorskiego; patentowego, znaków towarowych; własności intelektualnej lub przemysłowej; prasowego; fundacji; gram, zakładami, transakcjami terminowymi lub spekulacyjnymi; prawa podatkowego lub celnego; prawa karnoskarbowego; prywatyzacją lub reprivatyzacją.

- 2) Ubezpieczyciel nie zwraca kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego celem uzyskania Informacji prawnej, w szczególności w wypadku uzyskania Informacji prawnej od podmiotu innego niż Przedstawiciel.
 - 3) Ubezpieczyciel i Przedstawiciel Ubezpieczyciela nie ponoszą odpowiedzialności za opóźnienie lub brak możliwości udzielenia Informacji prawnej, jeżeli jest to spowodowane strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną, wojną domową, skutkami promieniowania radioaktywnego lub siłą wyższą.
2. W przypadku Usług Concierge:
- 1) Jeżeli w momencie zgłoszenia nie będzie możliwe wykonanie usługi przy użyciu dostępnych środków technicznych i posiadanej wiedzy. Centrum Alarmowe powinno szczegółowo wyjaśnić Ubezpieczonemu przyczynę niemożności wykonania wyżej wymienionej usługi i, o ile jest to możliwe, podać możliwy termin jej wykonania.
 - 2) Z organizacji zostaną wykluczone świadczenia, jeśli:
 - a) zamówione informacje lub zorganizowane usługi wykorzystywane będą w celu prowadzenia działalności gospodarczej;
 - b) zamówione informacje lub zorganizowane usługi wykorzystywane będą w celu realizacji obowiązków służbowych;
 - c) usługa polega na tworzeniu katalogu lub bazy informacji, w zakresie w jakim wiąże się z koniecznością przeprowadzenia badań rynkowych, selekcji danych i/lub może zostać objęta prawami autorskimi;
 - d) przygotowanie informacji lub organizacja usługi wiąże się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów z uwagi na wnioskowany sposób udostępnienia informacji lub konieczności przekształcenia informacji w formę wnioskowaną przez Ubezpieczonego;
 - e) dotyczą usług przeznaczonych dla grupy liczącej więcej niż 9 osób lub polegają na zakupie hurtowej ilości towarów lub usług;
 - f) mają charakter usług związanych z doradztwem finansowym lub działalnością wymagającą posiadania licencji lub koncesji;
 - g) zamówione informacje lub usługi, o którą wnioskuje Ubezpieczony, nie są sprzeczne z zasadami etycznymi, moralnymi i zasadami współżycia społecznego lub społeczno-gospodarczym przeznaczeniem Usługi Concierge.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

LIMIT ŚWIADCZEŃ TELEPRAWNIK VIP

§ 32

Ubezpieczonemu przysługuje w okresie rocznego okresu ubezpieczenia do 12 Informacji prawnych, nie więcej jednak niż 2 miesięcznie oraz rocznie 2 usługi Concierge.

I. TELEKONSULTACJE MEDYCZNE

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA TELEKONSULTACJE MEDYCZNE

§ 33

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest sytuacja, w której istnieje uzasadniona potrzeba medyczna, spowodowana stanem zdrowia Ubezpieczonego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za świadczenie Telekonsultacji Medycznych polega, o ile OWU nie stanowi inaczej, na zorganizowaniu i pokryciu kosztów E-Wizyty z Lekarzem oraz dostarczeniu usługi Wsparcia w realizacji zaleceń medycznych, Infolinii, Portalu Pacjenta on-line oraz badań diagnostycznych (na skierowanie lekarskie), w zależności od bieżącej potrzeby Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczeniem objęte są zdarzenia powstałe na terytorium RP.

E-WIZYTY Z LEKARZEM

§ 34

1. Na wniosek Ubezpieczonego, w oparciu o pisemne zalecenie Lekarza Centrum Alarmowego lub prowadzącego, Centrum Alarmowe zapewni możliwość E-Wizyty:
 - 1) z Lekarzem:
 - a) Internistą,
 - b) Rodzinnym.
 - 2) Z Lekarzem specjalistą :
 - a) Kardiologiem,
 - b) Ginekologiem,
 - c) Wenerologiem,
 - d) Dermatologiem,
 - e) Diabetologiem,
 - f) Endokrynologiem,
 - g) Alergologiem,
 - h) Onkologiem,
 - i) Laryngologiem,
 - j) Pulmonologiem,
 - k) Ortopedą,
 - l) Chirurgiem,
 - m) Neurologiem,
 - n) Urologiem,
 - o) Traumatologiem,który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji.
2. Dodatkowo, Centrum Alarmowe, w ciągu roku ubezpieczeniowego, zapewni Ubezpieczonemu możliwość do 6 E-Wizyt:
 - 1) Terapeutycznych – 30 minutowych konsultacji, prowadzonych z Psychologiem,
 - 2) Dietetycznych – porady dietetyczne, prowadzone z Dietetykiem.
3. E-Wizyty organizowane są przez Partnera Medycznego.
4. E-Wizyty dostępne są przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, w formie:
 - 1) telekonferencji - przekazu audio między Ubezpieczonym a Konsultantem lub Ekspertem za pośrednictwem telefonu lub Platformy,
 - 2) wideokonferencji - przekazu audiowizualnego między Ubezpieczonym a Konsultantem lub Ekspertem za pośrednictwem telefonu lub Platformy,
 - 3) czatu - wymiany krótkich wiadomości tekstowych między Ubezpieczonym a Konsultantem lub Ekspertem.
5. Czas trwania E-Wizyty, innej niż Terapeutycznej, wynosi 15 minut. Jeżeli Usługa E-Wizyty wymaga więcej czasu, Konsultant

lub Ekspert przedłuży czas E-Wizyty do czasu niezbędnego z punktu widzenia medycznego problemu Ubezpieczonego. Partner Medyczny zastrzega stosowanie większych jednostek czasu dla wybranych E-Wizyt, każdorazowo zgodnie z informacjami aktualnie wskazanymi na Platformie.

5. Sposób realizacji E-Wizyty:

- 1) Aby skorzystać ze świadczenia E-Wizyty, należy założyć Profil na Platformie Partnera Medycznego, której adres zostanie udostępniony Ubezpieczonemu za pośrednictwem Centrum Alarmowego.
- 2) Do założenia Profilu konieczne jest:
 - a) przekazanie danych wymaganych przez Platformę Partnera Medycznego, w szczególności kodu vouchera będącego numerem PESEL albo w przypadku obcokrajowców numerem dokumentu tożsamości wskazanym we wniosku o zawarcie Umowy, oraz
 - b) zaakceptowanie regulaminów Partnera Medycznego dostępnych na Platformie.
- 3) Aby skorzystać z E-Wizyty, należy:
 - a) zalogować się do Platformy Partnera Medycznego,
 - b) wybrać specjalizację lekarza, formę oraz preferowany termin E-Wizyty.
- 4) Przed umówionym terminem E-Wizyty, Partner Medyczny wysyła przypomnienie o niej w formie wiadomości SMS lub e-mail.
- 5) W przypadku rezygnacji z umówionej E-Wizyty należy ją odwołać na Platformie.
- 6) E-Wizyta w języku polskim realizowana jest w ciągu:
 - a) 2 godzin roboczych w dni robocze i święta, w godzinach 7.00 – 22.00 – dla E-Wizyt, opisanych w ust. 1 pkt 1,
 - b) 4 godzin roboczych w dni robocze i święta, w godzinach 22.00 – 7.00 - dla E-Wizyt, opisanych w ust. 1 pkt 1,
 - c) 24 godzin roboczych – dla E-Wizyt, opisanych w ust. 1 pkt 2,od momentu przyjęcia zgłoszenia. Czas organizacji może ulec wydłużeniu z przyczyn nieleżących po stronie Centrum Alarmowego.
- 7) W ciągu 24 godzin od momentu zakończenia telekonsultacji możliwe jest zadanie Lekarzowi, z którym była przeprowadzona telekonsultacja, dodatkowego pytania za pośrednictwem czatu.
- 8) W ramach konsultacji Lekarz ma możliwość wystawienia e-recepty, e-zwolnienia, skierowania na USG i rehabilitację oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne.
- 9) Po zakończeniu E-Wizyty Ubezpieczony ma możliwość zalogowania się na Platformę Partnera Medycznego, gdzie uzyska dostęp do historii choroby oraz dokumentacji medycznej.
- 10) Ubezpieczony ma możliwość umawiania tele- oraz wideokonsultacji bezpośrednio u Partnera Medycznego: telefonicznie lub przez stronę internetową Partnera Medycznego.

E-WIZYTY – POZOSTAŁE ŚWIADCZENIA

§ 35

1. W ramach E-Wizyty, Ubezpieczonemu przysługują nielimitowane świadczenia, wymienione poniżej:
 - 1) **Infolinia** – dostępna przez wszystkie dni w roku, od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 22.00 oraz w soboty i niedziele w godzinach 8.00 – 20.00, w ramach której Ubezpieczony może umówić, anulować lub zmienić termin zamówionej E-Wizyty, uzyskać wsparcie informacyjne a w razie spraw wymagających szybkiej weryfikacji medycznej, otrzyma przekierowanie na E-Wizytę do Eksperta;
 - 2) **Usługa wsparcia w realizacji zaleceń medycznych (Profilaktyka zdrowotna)** – w przypadku E-Wizyt realizowanych za pośrednictwem Platformy, Ubezpieczony może skorzystać z Usługi wsparcia w realizacji zaleceń medycznych.

Usługa wsparcia w realizacji zaleceń medycznych ma charakter bezpłatny. Usługa może być dostępna na Platformie i wybranych subdomenach Platformy. W ramach Usługi wsparcia w realizacji zaleceń medycznych, Ubezpieczonemu, któremu podczas E-Wizyty wystawiona została e-recepta lub zalecono produkty lecznicze dostępne bez recepty lekarskiej, na podstawie analizy danych z realizacji E-Wizyty dotyczących produktów leczniczych wyświetlona zostanie lista tych produktów leczniczych z możliwością ich zamówienia do zakupienia w aptekach ogólnodostępnych;

- 3) **Portal Pacjenta on-line** - nielimitowany dostęp on line do Konta Pacjenta z funkcjonalnościami:
 - a) umawiania self service E-Wizyt opieki podstawowej i specjalistycznej,
 - b) dostępu do chat bota obsługowego,
 - c) dostępu do historii leczenia oraz dokumentacji medycznej i zaleceń lekarskich.
- 4) **Diagnostyka podstawowa (na skierowanie lekarskie)** – Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość wykonania badań diagnostycznych: morfologii (OB, glukozy na czczo, cholesterolu całkowitego, ogólnego badania moczu) oraz badania cytologicznego, w zależności, które z badań zostało wykazane na skierowaniu wystawionym przez Lekarza;
- 5) **Diagnostyka (na skierowanie lekarskie)** – Centrum Alarmowe zapewni Ubezpieczonemu możliwość wykonania badań wykazanych w skierowaniu wystawionym przez Lekarza, w poniższym zakresie:
 - a) Cholesterol HDL w surowicy, cholesterol LDL,
 - b) Sód w surowicy, potas w surowicy, wapń całkowity w surowicy, trójglicerydy,
 - c) Badanie posiewowe moczu,
 - d) RTG klatki piersiowej, mammografia,
 - e) USG piersi, USG jąder.

2. Terminy na wykonanie badań, o których mowa w ust. 1 pkt 4-5 realizowane są w dni robocze, w ciągu 24 godzin roboczych liczonych od momentu przyjęcia zgłoszenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TELEKONSULTACJE MEDYCZNE

§ 36

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli potrzeba medyczna Ubezpieczonego jest bezpośrednio lub pośrednio spowodowana:
 - 1) operacjami kosmetycznymi lub plastycznymi, z wyjątkiem przypadków, gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Niez szczęśliwych wypadków lub Nagłym zachorowaniem,
 - 2) operacjami zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności, pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu,
 - 3) chorobą psychiczną, depresją, zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego,
 - 4) samookaleczeniem lub usiłowaniami popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polegająca na organizacji usług pomocy medycznej nie ma charakteru ubezpieczenia zdrowotnego i jest wyłączona, jeżeli konieczność interwencji medycznej lub hospitalizacji jest związana z:
 - 1) planowym leczeniem,
 - 2) rekonwalescencją lub schorzeniami w trakcie leczenia, które jeszcze nie zostały wyleczone,
 - 3) leczeniem chorób przewlekłych.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe powstałe z innych przyczyn wymienionych na liście wyłączeń generalnych w § 40 niniejszych OWU.

WYMOGI TECHNICZNE URZĄDZEŃ UMOŻLIWIAJĄCYCH KOMUNIKACJĘ W CELU SKORZYSTANIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO Z TELEKONSULTACJI MEDYCZNYCH

§ 37

1. W celu skorzystania przez Ubezpieczonego z Telekonsultacji medycznych należy dysponować:
 - 1) urządzeniem z dostępem do sieci Internet z systemem operacyjnym Microsoft Windows, iOS lub Android i minimalną prędkością łącza 1 Mbps;
 - 2) zainstalowaną aktualną wersją przeglądarki internetowej Chrome z włączoną obsługą aplikacji niezbędnych do poprawnego połączenia z systemem teleinformatycznym;
 - 3) uruchomioną obsługą JavaScript (najnowszy i włączony JavaScript);
 - 4) aktywnym adresem e-mail;
 - 5) aktywnym telefonem komórkowym.
2. W przypadku korzystania z aplikacji mobilnej, urządzenie powinno posiadać system Android lub iOS, zaktualizowany do najnowszej wersji.
3. W przypadku korzystania z Platformy na urządzeniach mobilnych wymagane jest posiadanie zainstalowanej aplikacji Telemedi, dostępnej w serwisie Google Play (www.play.google.com) lub Appstore (www.appstore.com).
4. Rekomendowana minimalna rozdzielczość ekranu, w przypadku korzystania z aplikacji za pomocą przeglądarki to 1024x768 pikseli.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 38

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki.
2. Wysokość, zasady określania oraz tryb i terminy płatności składki ubezpieczeniowej określone są w Umowie Generalnej w zakresie realizacji programu ubezpieczeniowego „GSU ASSISTANCE KOMFORT, KOMFORT +, MAXI KOMFORT”, zawartej między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
3. Składka ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawierania umowy wskazanej w ust. 2.
4. Składka płatna jest miesięcznie w terminie oraz na numer rachunku bankowego wskazany w umowie wskazanej w ust. 2.
5. W przypadku opłacania składki przelewem bankowym lub przekazem pocztowym za datę wpływu składki na rachunek bankowy Ubezpieczyciela uznaje się datę uznania przez bank.

OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 39

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Informacji dla Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zapłaceniu składki.
2. W stosunku do danego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa wygasa w:
 - 1) dniu otrzymania oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczonego od Umowy,
 - 2) dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) dniu wystąpienia Ubezpieczonego z GSU Stowarzyszenia Ubezpieczonych,
 - 4) 30- tym dniu, licząc od końca okresu, za który została przekazana ostatnia składka przez Ubezpieczonego,
 - 5) ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej i opłacił składkę.

3. Ubezpieczony może w dowolnym momencie zrezygnować z ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia w GSU Stowarzyszenie Ubezpieczonych lub w Europ Assistance Polska Sp. z o.o. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego wygaśnie z końcem miesiąca, w którym złożono oświadczenie.

WYŁĄCZENIA GENERALNE

§ 40

1. Niezależnie od wyłączeń odpowiedzialności określonych w OWU dla poszczególnych świadczeń, z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są zdarzenia powstałe:
 - 1) poza okresem lub zakresem ubezpieczenia,
 - 2) w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) oraz w stanie po zażyciu narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii), o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) w wyniku jakichkolwiek roszczeń skierowanych do Ubezpieczonego przez Osoby trzecie w związku z wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) pośrednie wszelkiego rodzaju, w tym wynikające z utraty spodziewanego zysku, wynagrodzeń, kar umownych,
 - 5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, Członka rodziny lub osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy prawa ponosi odpowiedzialność, jak za działania własne,
 - 6) umyślnym lub rażąco niedbałym działaniem Ubezpieczonego lub osoby wspólnie z nim zamieszkującej i prowadzącej gospodarstwo domowe z Ubezpieczonym oraz osoby, za które Ubezpieczony faktycznie oraz z mocy przepisów prawa, zwyczajów ponosi odpowiedzialność.
2. Ponadto, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte następstwa zdarzeń powstałe wskutek:
 - 1) wypadków wynikających z brania udziału w zakładach, przestępstwach lub bójkach, za wyjątkiem działania w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów, lokautów, aktów terroryzmu lub sabotażu, powstań, rewolucji, demonstracji,
 - 3) kataklizmów naturalnych,
 - 4) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia opadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, oddziaływania azbestu lub formaldehydu,
 - 5) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zakazu prowadzenia pojazdów mechanicznych, obsługi maszyn i przebywania na wysokościach w trakcie leczenia lekami upośledzającymi zdolność koncentracji (zgodnie z ulotką producenta).
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Ubezpieczyciela na jakiekolwiek sankcje, w przypadku złamania zakazów, ograniczeń lub restrykcji wynikających z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub sankcji handlowych, ekonomicznych i gospodarczych wynikających z podjętych na podstawie prawa decyzji odpowiednich organów Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Wyklucza się odpowiedzialność za ograniczenia techniczne stałe, nie leżące po stronie Centrum Alarmowego, jak brak zasięgu telefonii komórkowej oraz ograniczenia czasowe wynikające z ograniczenia świadczenia usług telekomunikacyjnych przez podmioty trzecie lub awarii w dostępie do usług telekomunikacyjnych przez Ubezpieczonego

lub Centrum Alarmowe oraz w przypadku problemów technicznych wynikających z braku funkcjonalności urządzenia mobilnego, jakości połączenia, braku zasięgu i innych kwestii technicznych i komunikacyjnych z Ubezpieczonym.

5. Centrum Alarmowe nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub niemożność wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Alarmowego i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 41

1. W przypadku konieczności skorzystania z programu „GSU Assistance - MAXI KOMFORT ” Ubezpieczony jest zobowiązany przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym pod numerem telefonu: **22 290 36 46**, dostępnym z telefonów stacjonarnych, komórkowych i z zagranicy, z zastrzeżeniem, że infolinia dla usług:
 - 1) Pomocy w Domu, Pomocy Medycznej, Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, Bezpieczna Tożsamość, Funeral Assistance, Druga Opinia Medyczna, Nieautoryzowane Transakcje Internetowe, Concierge - dostępna jest całodobowo, przez wszystkie dni w roku,
 - 2) Teleprawnika VIP – dostępna jest w godzinach 9.00 – 21.00, przez wszystkie dni w roku,
 - 3) Telekonsultacji Medycznych, w godzinach 8.00 – 22.00 od poniedziałku do piątku oraz w godzinach 8.00 – 20.00 w soboty i niedziele.
2. Wniosek o udzielenie Informacji prawnej w zakresie usługi Teleprawnik VIP może być również złożony pocztą elektroniczną, na adres e-mail teleprawnik@gsu-assistance.pl, czynny 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.
3. W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony obowiązany jest użyć dostępnych mu środków w celu ratowania przedmiotu ubezpieczenia oraz dążyć do zapobieżenia wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego lub zmniejszenia jego rozmiarów,
4. Przy zgłoszeniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko zgłaszającego,
 - 2) imię, nazwisko oraz PESEL Ubezpieczonego,
 - 3) wskazanie środka przekazu za pośrednictwem którego ma zostać udzielona informacja zwrotna z podaniem odpowiednio numeru telefonu lub adresu e-mail,oraz, w zależności od rodzaju oczekiwanej usługi:
 - 4) w przypadku chęci uzyskania Informacji prawnej w ramach usługi Teleprawnik VIP:
 - a) temat i opis problemu prawnego którego ma dotyczyć Informacja prawna;
 - b) określenie rodzaju i celu oczekiwanej pomocy prawnej;
 - 5) w przypadku chęci skorzystania z usługi Concierge:
 - a) temat i opis czego ma dotyczyć usługa Concierge;
 - 6) w przypadku pozostałych usług:
 - a) krótki opis zaistniałego zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
 - b) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - c) nazwisko i imię sprawcy Zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy dane te są znane Ubezpieczonemu, lokalizację miejsca Zdarzenia ubezpieczeniowego, inne informacje niezbędne Centrum Alarmowemu do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

5. W przypadku świadczeń związanych z NNW, o których mowa w §12 OWU, Ubezpieczony zobowiązany jest do przekazania orzeczenia lekarskiego, na podstawie którego Centrum Alarmowe podejmuje decyzję o wysokości przysługującego świadczenia.
6. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Centrum Alarmowe, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:
 - 1) w razie zgonu:
 - a) akt zgonu (odpis lub poświadczona kopia),
 - b) zaświadczenie medyczne stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),
 - c) inne dokumenty mające wpływ na wysokość świadczenia,
 - 2) w razie uszczerbku na zdrowiu:
 - a) dokumentacja medyczna dotycząca schorzenia będącego przyczyną uszczerbku na zdrowiu.
7. W przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych itp., konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie.
8. W przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) oraz sygnatury sprawy.
9. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do występowania bez pośrednictwa osoby uprawnionej o dodatkowe dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty mogą być uzyskiwane w szczególności od jednostek służby zdrowia w ramach upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego w Deklaracji Przystąpienia do ubezpieczenia.
5. Ponadto, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do żądania przez:
 - 1) Centrum Alarmowe od Ubezpieczonego dodatkowych informacji lub dokumentów, jeżeli są one niezbędne do weryfikacji tożsamości Ubezpieczonego lub osoby składającej wniosek o udzielenie usługi Concierge.
 - 2) Przedstawiciela Ubezpieczyciela dodatkowych informacji lub dokumentów, niezbędnych do weryfikacji tożsamości Ubezpieczonego i innych osób na etapie składania wniosku o uzyskanie Informacji prawnej, jak również na etapie przekazywania tejże informacji. Żądanie takie Przedstawiciel Ubezpieczyciela jest zobowiązany skierować do Ubezpieczonego lub osoby składającej wniosek o udzielenie Informacji prawnej w terminie dnia roboczego, liczonego od daty otrzymania wniosku o udzielenie Informacji prawnej. Bieg terminu na udzielenie Informacji prawnej rozpoczyna się z chwilą otrzymania przez Przedstawiciela Ubezpieczyciela żądanych informacji lub dokumentów.
6. Jeżeli Ubezpieczony z winy umyślnej lub na skutek rażącego niedbalstwa nie powiadomił Centrum Alarmowego o zdarzeniu Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenia określone w § 4, § 8, § 12, § 13, § 16, § 20, § 23, § 27, § 30, § 34, § 35, jeżeli Ubezpieczony w ten sposób przyczynił się do zwiększenia szkody lub uniemożliwił ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia.
7. W każdym przypadku powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) udzielić Centrum Alarmowemu wyjaśnień dotyczących zdarzenia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności i zakresu świadczeń,
 - 2) udzielić specjalście przysłanemu przez Centrum Alarmowe wszelkich niezbędnych pełnomocnictw,
 - 3) nie powierzać wykonania świadczeń, do których spełnienia zobowiązany jest Ubezpieczyciel innym osobom, chyba że Centrum Alarmowe nie przystąpi do spełniania świadczenia w okresie 6 godzin od zawiadomienia o Zdarzeniu (w razie braku innych uzgodnień pomiędzy Ubezpieczonym a Centrum Alarmowym) lub wyrazi zgodę na spełnienie świadczenia przez inną osobę,
 - 4) współdziałać z Centrum Alarmowym w zakresie niezbędnym do wykonania świadczenia.

REFUNDACJE

§ 42

1. Jeżeli Ubezpieczony z powodów od niego niezależnych nie dopełnił obowiązków, o których mowa w § 41 oraz gdy poniósł koszty świadczeń, o których mowa w § 4, § 8, § 12, § 13, § 16, § 20, § 23, § 27, § 30, § 34, § 35 na miejscu Zdarzenia i chce zwrócić się o ich refundację powinien zgłosić roszczenie do Centrum Alarmowego. Dokumentację należy przestać na adres:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
Dział Likwidacji Szkód
ul. Wołoska 5,02-675 Warszawa
refundacje@europ-assistance.pl

2. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia powinno zawierać:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) numer konta, na które powinna być zwrócona kwota poniesiona przez Ubezpieczonego,
 - 3) szczegółowy opis okoliczności zaistnienia zdarzenia,
 - 4) dokumentację dotyczącą Zdarzenia ubezpieczeniowego zawierającą dokładny opis zdarzenia (raport policji, dokumenty medyczne),
 - 5) wszystkie faktury, rachunki, dowody wpłaty, które umożliwią określenie łącznych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego,
 - 6) dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu lub pobyt Ubezpieczonego na OIOM (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 7) w przypadku nieautoryzowanej transakcji internetowej:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego dokumentujące datę i godzinę zablokowania konta bankowego w celu uniemożliwienia dokonania transakcji,
 - b) wyciąg z konta bankowego, należącego do Ubezpieczonego, zawierający nieautoryzowane transakcje internetowe,
 - c) dokument potwierdzający zawiadomienie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Na żądanie Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest do przedstawienia dokumentów, niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia albo wysokości świadczenia.

REGRES UBEZPIECZENIOWY

§ 43

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela, do wysokości zapłaconego świadczenia.

2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje lub zrezygnował z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie Ubezpieczyciela, Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

REKLAMACJE

§ 44

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Uposażony mają prawo do wniesienia reklamacji do Ubezpieczyciela. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej na adres przedstawiciela Ubezpieczyciela: Europ Assistance Polska Sp. z o.o. „Dział Jakości”, ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa,
 - 2) telefonicznie pod numerem 22 290 36 46,
 - 3) w formie elektronicznej za pomocą e-maila wysłanego na następujący adres poczty elektronicznej Ubezpieczyciela: quality@europ-assistance.pl,
 - 4) osobiście u przedstawiciela Ubezpieczyciela tj. w siedzibie Europ Assistance Polska Sp. z o.o. przy ul. Wołoskiej 5 w Warszawie, w formie ustnej do protokołu lub na piśmie doręczonym osobiście.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i uprawniony z umowy ubezpieczenia mają nadto prawo do wniesienia reklamacji na działanie Platformy. Sposób składania reklamacji oraz tryb rozpatrzenia reklamacji opisany jest w Regulaminie Platformy.
3. Reklamacje, z wyłączeniem ust. 2, są rozpatrywane przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach reklamacja może być rozpatrzona w terminie dłuższym – w takim przypadku ubezpieczyciel powiadomi osobę występującą z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach wymagających ustalenia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji, który nie może być jednak dłuższy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. Odpowiedź na reklamację zostanie przekazana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Przekazanie odpowiedzi pocztą elektroniczną może nastąpić wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
5. Klient będący osobą fizyczną uprawniony jest nadto do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (informacje dostępne na stronie: www.rf.gov.pl). Konsumenci mają dodatkowo możliwość wystąpienia o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
6. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest Rzecznik Finansowy (informacje dostępne na stronie: www.rf.gov.pl) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (informacje dostępne na stronie: www.knf.gov.pl).
7. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla Miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution z siedzibą w Paryżu we Francji oraz Komisji Nadzoru Finansowego z siedzibą w Warszawie.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

§ 45

1. Ubezpieczyciel - Europ Assistance S.A., spółka prawa francuskiego działająca w formie spółki akcyjnej „société anonyme”, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 48.123.637 €, zarejestrowana w Rejestrze Handlu i Spółek w Paryżu pod numerem 451 366 405, z siedzibą pod adresem 2 rue Pillet-Will 75009 Paris, Francja, działająca zgodnie z francuskim kodeksem ubezpieczeń oraz prowadząca na terenie Polski działalność ubezpieczeniową poprzez swój oddział w Irlandii tj. EUROP ASSISTANCE SA – Oddział w Irlandii, zarejestrowany w irlandzkim Rejestrze Przedsiębiorstw pod numerem 907 089, który posiada siedzibę pod adresem Central Quay, Ground Floor, Block B, Riverside IV, Sir John Rogerson's Quay, Dublin 2, D02 RR77, Irlandia jest administratorem danych osobowych Ubezpieczonych i będzie je przetwarzał wyłącznie w celu:
 - 1) wykonania umowy ubezpieczenia i oceny ryzyka ubezpieczeniowego (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady {UE} 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., dalej „RODO”);
 - 2) zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
 - 3) rozpatrywania reklamacji (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
 - 4) podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom i naruszeniom sankcji międzynarodowych, co stanowi prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 - 5) ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, co stanowi prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f oraz art. 9 ust 2 lit f RODO).
2. Ubezpieczyciel wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, iod@europ-assistance.pl.
3. Ubezpieczyciel przetwarza wyłącznie dane osobowe, które są niezbędne do powyższych celów, to jest: imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, nr telefonu, datę urodzenia, dane dotyczące zdrowia, numer polisy i okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego, a także informacje o Dziecku, Członkach rodziny, Osobach bliskich, Partnerze i Osobach kontaktowych. Dane osobowe zostały podane Administratorowi przez Ubezpieczającego.
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym podmiotom należącym do grupy Europ Assistance Holding S.A., dostawcy Platformy, Szpitala, Partnera Medycznego, Usługodawcy, a także podmiotom, którymi Europ Assistance posługuje się przy świadczeniu usług objętych umową ubezpieczenia, dostawcom usług informatycznych oraz organom państwowym uprawnionym do ich otrzymania.
5. W przypadku ubezpieczenia obejmującego swym zakresem państwa znajdujące się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG) dane osobowe mogą zostać przekazane poza EOG. W takiej sytuacji dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z rozdziałem V RODO. W celu uzyskania kopii danych należy kontaktować się na adres: iod@europ-assistance.pl.
6. Ubezpieczonemu, przysługuje prawo: dostępu do danych osobowych, sprostowania nieprawidłowych lub niepełnych danych osobowych, usunięcia danych osobowych, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych oraz sprzeciwu wobec przetwarzania. Ubezpieczonemu przysługuje także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Ubezpieczyciel będzie przechowywać dane osobowe do momentu wygaśnięcia roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, a także przez okres wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
8. Dane osobowe nie będą podlegały procesom zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 46

1. Umowa ubezpieczenia na podstawie OWU zawarta jest na prawie polskim. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uposażonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia oraz ubezpieczycielem jest język polski.
3. Korespondencja dla ubezpieczyciela związana z wykonaniem umowy ubezpieczenia powinna być kierowana na adres jego przedstawiciela tj. Europ Assistance Polska Sp. z o.o., ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa.
4. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia obowiązują od dnia 01 stycznia 2023 roku.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Pojęcia użyte w tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); maksymalne sumaryczne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6% sumy ubezpieczenia;

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami; oparzenia oceniane są wg tablicy Lunda i Browdera.

A. USZKODZENIA GŁOWY	
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy	1
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytek pełnej grubości kości czaszki niezależnie od powierzchni	5
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu lub utrata przytomności, niepamięć wsteczna w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) boczkiwy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
6. Urazy śródczaszkowe (krwiaki, krwotoki śródczaszkowe itp.):	
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony zachowawczo	10
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony operacyjnie	20
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), skutkujący zaburzeniami neurologicznymi i psychiatrycznymi (ocena po badaniu orzeczniczym)	30-100

B. USZKODZENIA TWARZY

7. Uszkodzenia powłok twarzy:	
a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia II – za 1% TBSA	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Utrata zębów stałych:	
a) co najmniej korona – za każdy ząb	1
b) utrata częściowa korony – za każdy ząb	0,5
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
10. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
11. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
12. Złamania żuchwy:	
a) złamania wielomiejscowe, wielomiejscowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wielomiejscowe	4
c) inne złamania	1
13. Ubytek podniebienia:	15
14. Urazy języka:	
a) rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)

15. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	1

b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
17. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednoolczne)	5
18. Bezsoczewkowość pourazowa po leczeniu:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30
19. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15
20. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35
21. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
22. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia	
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	
23. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30
24. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu, jednostronne	1
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów.

25. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

- | | |
|-----------------|----|
| a) jednostronne | 5 |
| b) dwustronne | 20 |

W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

26. Uszkodzenie pourazowe gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie 7

27. Uszkodzenie przełyku:

- | | |
|--|----|
| a) leczone operacyjnie | 7 |
| b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo | 30 |

28. Uszkodzenie skóry szyi:

- | | |
|--|---|
| a) rany skóry | 1 |
| b) rany po oparzeniach powyżej stopnia II – za 1% TBSA | 2 |

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ, PLECÓW I ICH NASTĘPSTWA

29. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu, pleców:

- | | |
|--|---|
| a) rany skóry | 1 |
| b) rany po oparzeniach powyżej stopnia II – za 2% TBSA | 1 |

30. Uszkodzenie lub utrata sutka:

- | | |
|--|----|
| a) rany brodawki | 1 |
| b) częściowa lub całkowita utrata brodawki | 3 |
| c) krwaki sutka wymagające nacięcia | 2 |
| d) częściowa lub całkowita utrata sutka | 15 |

31. Złamania żeber:

- | | |
|------------------------------|-----|
| a) złamanie 1 żebra | 0,5 |
| b) złamania od 2 do 4 żeber | 2 |
| c) złamania od 5 do 10 żeber | 7 |
| d) złamania powyżej 10 żeber | 10 |

32. Złamanie mostka:

- | | |
|---|---|
| a) bez przemieszczenia | 1 |
| b) z przemieszczeniem | 4 |
| c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem | 6 |

33. Uszkodzenie płuc i opłucnej:

- | | |
|--|----|
| a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu | 2 |
| b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu | 5 |
| c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie | 10 |
| d) utrata części płuca | 15 |

e) utrata całego płuca	30
34. Uszkodzenie serca lub osierdza:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdza	10
b) uszkodzenia serca lub osierdza leczone operacyjnie	30
35. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
36. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia II – za 3% TBSA	1
c) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej	5
37. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	10
39. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
40. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
41. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	
42. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
43. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone endoskopowo	5

b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	1
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
45. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	1
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46. Uszkodzenia prącia	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
47. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
48. Utrata macicy:	30
49. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) izolowane rany w zakresie skóry	2
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	10
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	10
e) złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.	
51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	10
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	10
e) złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.

52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11-L5):

a) skręcenie	2
b) zwinięcie	10
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	10
e) złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.

53. Urazy rdzenia kręgowego:

a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), z utrwalonymi zaburzeniami czucia	10
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), z utrwalonym niedowładem kończyn Lovett 4 Ashworth 2	20
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), z utrwalonym niedowładem kończyn Lovett 3 Ashworth 3	30
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), z utrwalonym niedowładem kończyn Lovett 2 Ashworth 4	60
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), z utrwalonym niedowładem kończyn Lovett 1 Ashworth 5	100

J. USZKODZENIA MIEDNICY

54. Rozejście się spojenia łonowego

5

55. Zwinięcie stawu krzyżowo-biodrowego

10

56. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:

a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20

57. Złamanie panewki stawu biodrowego:

a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	5
c) zwinięcie centralne I°	7
d) zwinięcie centralne II°	15
e) zwinięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

58. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:

a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowe	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5

d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	2
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	1
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	3

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

59. Złamania łopatki:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1

OBOJCZYK

60. Złamania obojczyka:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

61. Uszkodzenie więzozrostu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) I°	1
b) II°	3
c) III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

62. Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, szyjki, guzka większego, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15

63. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym

65

64. Utrata kończyny wraz z łopatką

70

RAMIĘ

65. Złamanie trzonu kości ramiennej:

a) złamania wieloodłamowe	7
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

66. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:

a) rany skórne	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego leczone operacyjnie (szycie)	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia leczone operacyjnie (szycie)	3
d) oparzenia powyżej stopnia II – za 1% TBSA	1
67. Utrata kończyny w obrębie ramienia:	60
STAW ŁOKCIOWY	
68. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nadkłykieć kości łokciowej, wyrostek dziobiasty kości łokciowej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
69. Inne uszkodzenia łokcia	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ	
70. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	1
71. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania di Monteggia, Galeazzi	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
e) inne złamania	2
72. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	1
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
d) oparzenia powyżej stopnia II – za 1% TBSA	1
73. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
NADGARSTEK	
74. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5
e) skręcenia	1

75. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55
ŚRÓDRĘCZE	
76. Złamania kości śródreczę oraz inne uszkodzenia dłoni i śródreczę:	
a) I kość śródreczę:	
i. złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
ii. złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne złamania	1
b) II kość śródreczę:	
i. złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii. złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreczę (za każdą):	
i. złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii. złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii. inne złamania	1
d) rany dłoni i śródreczę	1
e) oparzenia dłoni i śródreczę powyżej stopnia II – za 1% TBSA	5
KCIUK	
77. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka dalszego	9
c) utrata obu paliczków bez kości śródreczę	17
d) utrata obu paliczków z kością śródreczę	20
78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia lub przecięcie ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia	2
g) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
h) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5
PALEC WSKAZUJĄCY	
79. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka dalszego	4
c) utrata paliczka środkowego	9

d) utrata trzech paliczków	12
e) utrata wskaziciela z kością śródreżca	16
80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia lub przecięcie ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia	2
g) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
h) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

81. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) palec III – utrata paliczka dalszego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródreżca	9
e) palec IV – utrata paliczka dalszego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	3
h) utrata palca IV z kością śródreżca	4
i) palec V – utrata paliczka dalszego	1
j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródreżca	4
82. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich:	
a) palec III:	
i. złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii. złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne złamania	1
iv. rany; uszkodzenia, przecięcia ścięgien; zwichnięcia	1
v. skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
vi. skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5
b) palec IV:	
i. złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii. złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1

iii.	inne złamania	1
iv.	rany; uszkodzenia, przecięcia ścięgien; zwichnięcia	1
v.	skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
vi.	skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5
c) palec V:		
i.	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii.	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii.	inne złamania	1
iv.	rany; uszkodzenia, przecięcia ścięgien; zwichnięcia	1
v.	skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
vi.	skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

STAW BIODROWY

83. Utrata kończyny dolnej:		
a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
84. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:		
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

UDO

85. Złamanie kości udowej:		
a)	złamania wieloodłamowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d)	inne złamania	3
86. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:		
a)	rany skórne uda lub pośladka	1
b)	uszkodzenie mięśni leczone operacyjnie	3
c)	uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
d)	oparzenia powyżej stopnia II – za 1% TBSA	1

KOLANO

87. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej, kłykcia bocznej kości udowej, przyśrodkowej kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiżdzeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	2
88. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	2
89. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	1
b) uszkodzenie łąkotki bocznej	1
c) uszkodzenie, rozerwanie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d) uszkodzenie, rozerwanie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie, rozerwanie całkowite więzadła pobocznego bocznej – LCL	4
f) uszkodzenie, rozerwanie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	3
h) skręcenia kolana bez uszkodzeń wymienionych powyżej (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	1
90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
91. Złamanie kości podudzia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiżdzeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
92. Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
b) inne złamania	1
93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5

f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	2
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	1
h) oparzenia powyżej stopnia II – za 1% TBSA	1
94. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia	1
b) złamanie kostki bocznej	2
c) złamanie kostki przyśrodkowej	2
d) złamanie dwukostkowe	7
e) złamanie trójkostkowe	10
96. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3
97. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania z przemieszczeniem	8
c) inne złamania	4
98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
99. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
100. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany	1
b) oparzenia powyżej stopnia II – za 1% TBSA	3
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40

104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
106. Uszkodzenie palucha:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
b) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
c) utrata całego palucha	8
d) utrata z kością śródstopia	9
107. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
108. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania otwarte (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
109. Utrata palców stopy II-V (każdy)	2
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
111. Utrata palca V z kością śródstopia	4
112. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, rany (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
<p>Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.</p>	
M. ODMROŻENIA – II STOPIEŃ ALBO WYŻSZY	
113. Odmrożenia jednego palca ręki	1
114. Odmrożenia więcej niż jednego palca ręki	3
115. Odmrożenia jednego palca stopy	1
116. Odmrożenia więcej niż jednego palca stopy	3
117. Odmrożenia nosa	3
118. Odmrożenia małżowiny usznej	1
N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
119. Uszkodzenie częściowe (niedowład) lub całkowite (porażenie) – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	

i.	częściowe	5
ii.	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego:	
i.	częściowe	3
ii.	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i.	częściowe	3
ii.	całkowite	20
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i.	częściowe	3
ii.	całkowite	15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i.	częściowe	2
ii.	całkowite	10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	25
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i.	częściowe	3
ii.	całkowite	15
k)	nerwu łokciowego:	
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i.	częściowe	7
ii.	całkowite	40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i.	częściowe	2

ii.	całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:		
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	15
p) nerwu udowego:		
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):		
i.	częściowe	3
ii.	całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:		
i.	częściowe	3
ii.	całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:		
i.	częściowe	10
ii.	całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:		
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:		
i.	częściowe	5
ii.	całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:		
i.	częściowe	10
ii.	całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:		
i.	częściowe	2
ii.	całkowite	10