COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Bezpieczna Grupa

Umowy ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym

Dokument podpisany przez Paweł Andrzej Jankowski
Data: 2021.06.02 12:04:40 CEST

RODO

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych 4

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 7

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW) BRP-2412 19

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GNZ) BRP-2512 21

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) BRP-2612 24

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GWP) BRP-2712 26

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) BRP-2812 28

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU) BRP-2912 31

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GTZ) BRP-3012 34

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GTUP) BRP-3112 38

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTR) BRP-3212 41

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty (GCT) BRP-3312 44

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (GZUP) BRP-3612 46

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) BRP-3712 49

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w nastepstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GPP) BRP-3812 52

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego (GPK) BRP-3912 55

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy (GPKP) BRP-4112 58

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) BRP-4212 61

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPRCN) BRP-4312 64

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego (GLS) BRP-4412 67

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) BRP-4512 70

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy (GCP) BRP-4612 73

CL/BRP-2312/komplet Bezpieczna Grupa/vs.1/2021

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
Compensa Kontakt: +48 22 867 66 67, +48 22 501 61 00

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNPW) BRP-4712 77

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby (GNPC) BRP-4812 79

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ1, GPZ2, GPZ3) BRP-4912 82

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) BRP-5012 88

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) BRP-5112 101

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) 105

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy (GRE) BRP-5212 107

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy (GRE) 109

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) BRP-5312 111

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) BRP-5412 113

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTUM) BRP-5612 115

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka (GPZM1, GPZM2) BRP-5712 118

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka (GUD) BRP-5812 123

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka (GOD) BRP-5912 125

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka (GZD) BRP-6012 127

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) BRP-6112 129

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia (GZR) BRP-6312 131

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia choroby nowotworowej (GLCN) BRP-0116 134

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby (GPOP1) BRP-3118 137

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPOP2) BRP-3218 140

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWKM) BRP-3318 143

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie choroby (GPOM1) BRP-3418 146

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPOM2) BRP-3518 **150**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie choroby (GPDS1) BRP-3618 **154**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPDS2) BRP-3718 **158**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka w wyniku ciąży mnogiej (GUDM) BRP-3818 **162**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną (GUDW) BRP-3918 **164**

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną (GUDW) **166**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR (GUAR) BRP-4018 **169**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka z wypłatą renty (GODR) BRP-4118 **171**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (GPZD) BRP-4218 **174**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTUD) BRP-4318 **179**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTDN) BRP-4418 **182**

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GZRN) BRP-4518 **185**

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu **187**

Tabela trwałej utraty zdrowia **203**

Aneks Nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 **208**

Aneks Nr 3 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 **209**

Aneks Nr 5 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 oraz ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia **210**

Aneks Nr 7 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 **224**

Aneks Nr 8 do Ogólnych warunków dodatkowych ubezpieczeń grupowych **226**

Aneks Nr 9 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 **230**

Aneks Nr 10 do Ogólnych warunków dodatkowych ubezpieczeń grupowych **231**

Aneks Nr 11 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-2312 oraz ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń **233**

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

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

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

CL/ADO/vs.0/2020

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

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.
Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.
W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.
W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.
Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:
W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.
Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (GRU)
BRP-2312

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 4, § 5, § 6, § 7, § 21, § 22
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 9 ust. 11, 12, § 10, § 14, § 20 ust. 15

BEZPIECZNA GRUPA
OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
BRP-2312

§ 1. WSTĘP

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-2312 (zwane dalej: OWU) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia grupowego na życie, w których stroną jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwana dalej Towarzystwem i stanowią integralną część Umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia użyte w OWU oznaczają:

1. Osoba ubezpieczona – osoba fizyczna, której życie oraz zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU. Osobą ubezpieczoną jest posiadający Zdolność ubezpieczeniową: Pracownik lub zgłoszony za zgodą Towarzystwa przez Pracownika przystępującego do Umowy ubezpieczenia lub będącego Osobą ubezpieczoną jego Małżonek albo jego Partner lub jego Pełnoletnie dziecko.

2. Ubezpieczający – osoba fizyczna albo inny podmiot prawa, który zawarł Umowę ubezpieczenia na rachunek Osoby ubezpieczonej i jest zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

3. Uposażony – osoba wyznaczona przez Osobę ubezpieczoną, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej.

4. Uposażony zastępczy – osoba wyznaczona przez Osobę ubezpieczoną, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej w sytuacji, gdy w dacie śmierci Osoby ubezpieczonej Uposażony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia. Uposażony zastępczy może być wyznaczony przez Osobę ubezpieczoną wyłącznie w przypadku, gdy wskazała ona tylko jednego Uposażonego.

5. Pracownik – osoba fizyczna:

1) pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, tj. zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, albo

2) wykonująca na rzecz Ubezpieczającego przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio przed dniem wskazanym w Deklaracji zgody jako deklarowany dzień początku Okresu ubezpieczenia, pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, jeżeli jest objęta z tego tytułu ubezpieczeniem społecznym, albo

3) będąca jednocześnie pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy i Ubezpieczającym w Umowie ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na podstawie OWU.

6. Małżonek – osoba, która pozostaje z Pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku, do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

7. Partner – osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, płci odmiennej niż Pracownik, niespokrewniona i niespowinowacona z Pracownikiem, zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, z którą Pracownik pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

1) posiadanie wspólnych dzieci, lub

2) posiadanie wspólnego rachunku bankowego, lub

3) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile Pracownik nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako Partner zgłoszony do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba.

Zgłoszenie Partnera może nastąpić ze skutkiem na dzień początku Okresu ubezpieczenia albo na dzień Rocznicy ubezpieczenia. Zmiana zgłoszenia Partnera może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia.

8. Pełnoletnie dziecko – dziecko własne albo przysposobione albo pasierb (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba) Pracownika.

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

10. Certyfikat ubezpieczenia – dokument potwierdzający objęcie Osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową, zawierający m.in. dzień początku Okresu ubezpieczenia oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej na dzień objęcia danej Osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową, przekazywany Osobie ubezpieczonej za pośrednictwem Ubezpieczającego.

11. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Osoby ubezpieczonej, zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez Osobę ubezpieczoną okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania.

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

13. Deklaracja zgody – dokument podpisany przez Ubezpieczającego i odpowiednio: Pracownika lub Małżonka albo Partnera, lub Pełnoletnie dziecko, przystępujących do Umowy ubezpieczenia, zawierający m.in. oświadczenie woli danej osoby wyrażające zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej (objęcie ochroną ubezpieczeniową) na podstawie Umowy ubezpieczenia.

14. Dotychczasowa umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta między Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, albo umowa indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie grupowe z tytułu której dana Osoba ubezpieczona była objęta ochroną do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia. W rozumieniu OWU za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko taką umowę grupowego ubezpieczenia na życie lub umowę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie grupowe, która wygasła w dniu poprzedzającym dzień początku Okresu ubezpieczenia.

15. Dzień zapłaty Składki za grupę – dzień, w którym kwota Składki za grupę została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

16. Karencja – okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa przez okres wskazany w OWU lub odpowiednich OWDU, liczony od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Karencja nie dotyczy Zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem Nieszczęśliwych wypadków.

17. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące

warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej, w następstwie którego Osoba ubezpieczona doznała Urazu lub zmarła.

18. Okres ubezpieczenia – czas, w jakim Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej danej Osobie ubezpieczonej na podstawie Umowy ubezpieczenia, rozpoczynający się w dniu potwierdzonym w Certyfikacie ubezpieczenia (dniu początku Okresu ubezpieczenia).

19. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki.

20. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu niniejszych OWU uważa się, że Osoba ubezpieczona pozostawała pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez Osobę ubezpieczoną, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez Osobę ubezpieczoną.

21. Rocznica ubezpieczenia – rocznica dnia początku Okresu ubezpieczenia danej Osoby ubezpieczonej potwierdzonego w Certyfikacie ubezpieczenia.

22. Rocznica Umowy ubezpieczenia – rocznica dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie.

23. Rok okresu ubezpieczenia – okres od dnia początku Okresu ubezpieczenia do dnia pierwszej Rocznicy ubezpieczenia oraz każdy okres między kolejnymi Rocznicami ubezpieczenia począwszy od pierwszej Rocznicy ubezpieczenia.

24. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie agentowi ubezpieczeniowemu działającemu w imieniu i na rzecz Towarzystwa.

25. Składka ubezpieczeniowa (Składka) – składka należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za daną Osobę ubezpieczoną obejmująca należności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i Ubezpieczeń dodatkowych. Częstotliwość opłacania Składki jest potwierdzona w Polisie.

26. Składka za grupę – Suma Składek ubezpieczeniowych opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa za wszystkie Osoby ubezpieczone w terminie potwierdzonym w Polisie.

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

28. Ubezpieczenie podstawowe – grupowe ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Osoby ubezpieczonej.

29. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe ubezpieczenie grupowe, stanowiące rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie odpowiednich OWDU.

30. Umowa ubezpieczenia (zwana także Umową ubezpieczenia grupowego) – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe lub Ubezpieczenia dodatkowe.

31. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Osoby ubezpieczonej wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

32. Wiek Osoby ubezpieczonej (Wiek) – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Osoby ubezpieczonej.

33. Zdarzenie ubezpieczeniowe – wydarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o Świadczenie.

34. Zdolność ubezpieczeniowa – spełnienie przez osobę przystępującą do Umowy ubezpieczenia wymagań określonych w § 7 OWU, w dniu będącym proponowanym w Deklaracji zgody dniem początku Okresu ubezpieczenia tej osoby.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie oraz zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) śmierć Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, lub

2) wystąpienie w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Choroby śmiertelnej.

2. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, pomniejszone o wypłacone Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej, z zastrzeżeniem postanowień OWU.

3. W razie wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości 50% sumy Ubezpieczenia podstawowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż 300.000 zł, z zastrzeżeniem postanowień OWU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej i jest należne, o ile w dacie wypłaty tego Świadczenia Osoba ubezpieczona żyje.

§ 5. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności może nastąpić za zgodą Towarzystwa na podstawie Ubezpieczeń dodatkowych zawartych w oparciu o odpowiednie OWDU.

2. Wykaz odpowiednich Ubezpieczeń dodatkowych, którymi jest objęta Osoba ubezpieczona w ramach Umowy ubezpieczenia, jest potwierdzony w Polisie wystawionej dla danego Ubezpieczającego oraz w Certyfikacie ubezpieczenia wystawionym dla danej Osoby ubezpieczonej.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego.

2. Do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia należy dołączyć:

1) ofertę ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego,

2) prawidłowo wypełnione Deklaracje zgody osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia, podpisane przez te osoby i przez Ubezpieczającego,

3) wykaz osób składających Deklaracje zgody podpisany przez Ubezpieczającego,

4) odpis z KRS lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej,
5) zaświadczenie GUS o nadaniu numeru REGON,
6) w przypadku gdy bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU Ubezpieczającego łączyła umowa grupowego ubezpieczenia z innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – dodatkowo: dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia z poprzednim ubezpieczycielem, zawierający zakres i sumy ubezpieczeń, wykaz osób objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia, aktualny na dzień przed objęciem ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo wraz z datą początku i końca obowiązywania poprzedniej umowy grupowego ubezpieczenia.

3. Niezależnie od dokumentów wskazanych w ust. 1-2 powyżej, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczającego o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących warunków zatrudnienia, stanu zdrowia osób składających Deklaracje zgody, a także struktury zatrudnienia i struktury wieku grupy osób składających Deklaracje zgody.

4. Jeżeli nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 3 powyżej, lub jeżeli dokumenty, o których mowa w ust. 1-2 powyżej, zostały sporządzone nieprawidłowo, Towarzystwo niezwłocznie zwróci się do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie lub sporządzenie nowych w terminie 3 miesięcy od daty wpływu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa. Po upływie tego terminu, jeżeli dokumentacja nie jest kompletna, przyjmuje się, że Ubezpieczający wycofał wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało w formularzach, a w szczególności w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Deklaracjach zgody, wykazie osób składających Deklaracje zgody i w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia danej Osoby ubezpieczonej. W przypadku gdy Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeżeli Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, okoliczności te uważa się za nieistotne. Obowiązki wskazane w niniejszym ustępie spoczywają również na Osobie ubezpieczonej przystępującej do Umowy ubezpieczenia i obejmują okoliczności jej znane.

6. Przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania:
1) zmiany sumy ubezpieczenia w stosunku do proponowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
2) przesunięcia dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanego we wniosku lub dnia początku Okresu ubezpieczenia poszczególnych osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia,
3) zastosowania warunków szczególnych, na podstawie których Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta.

7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres potwierdzony w Polisie, nie dłużej jednak niż na okres 1 roku. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na okres kolejnego roku na dotychczasowych warunkach, jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż miesiąc przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia.

8. Każda ze stron może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, również pomimo złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

9. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą, którą doręcza Ubezpieczającemu wraz z wykazem Osób ubezpieczonych na dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie.

10. Z zastrzeżeniem ust.11 poniżej, Umowę ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą wystawienia Polisy przez Towarzystwo.

11. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, OWU lub OWDU, Towarzystwo obowiązane będzie zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, OWU lub OWDU. W przypadku braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

12. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacenia pierwszej Składki za grupę przed dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, na rachunek Towarzystwa wskazany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZDOLNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA

1. Zdolność ubezpieczeniowa Pracownika przystępującego do Umowy ubezpieczenia polega na łącznym spełnieniu następujących warunków:
1) Wiek Pracownika przystępującego do Umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 16 lat i nie więcej niż 64 lata,
2) Ubezpieczający doręczył Towarzystwu:
a) wykaz osób składających Deklaracje zgody uwzględniający danego Pracownika,
b) Deklarację zgody poprawnie wypełnioną i podpisaną przez Ubezpieczającego oraz Pracownika,
3) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia spełnia wymogi definicji Pracownika, o której mowa w § 2 ust. 5 OWU:
a) w dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – w przypadku Pracowników przystępujących do Umowy ubezpieczenia w dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,
b) w dniu wskazanym w Deklaracji zgody jako deklarowany dzień początku Okresu ubezpieczenia – w przypadku Pracowników przystępujących do Umowy ubezpieczenia po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,
4) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia w dniu podpisania Deklaracji zgody nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym,
5) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia nie jest jednocześnie objęty ochroną z tytułu umowy indywidualnie kontynuowanej zawartej z Towarzystwem,
6) W przypadku zlecenia przez Towarzystwo badań medycznych lub zwrócenia się przez Towarzystwo o podanie dodatkowych informacji i dokumentów – Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia poddał się badaniom medycznym oraz podał dodatkowe informacje i dokumenty i wydano wobec tego Pracownika decyzję o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego,

7) Pracownik przystępujący do Umowy ubezpieczenia w dniu podpisania Deklaracji zgody nie przebywa w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych lub nie została orzeczona w stosunku do niego niezdolność do pracy na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

2. Zdolność ubezpieczeniowa Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka przystępującego do Umowy ubezpieczenia polega na łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) Wiek osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia wynosi:

a) nie mniej niż 16 i nie więcej niż 64 lata – w przypadku Małżonka albo Partnera,

b) nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 64 lata – w przypadku Pełnoletniego dziecka,

2) osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia jest Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem przystępującego do Umowy ubezpieczenia albo będącego Osobą ubezpieczoną Pracownika i została przez tego Pracownika zgłoszona do Umowy ubezpieczenia,

3) Ubezpieczający doręczył Towarzystwu:

a) wykaz osób składających Deklaracje zgody uwzględniający odpowiednio: Małżonka albo Partnera lub Pełnoletnie dziecko,

b) Deklarację zgody poprawnie wypełnioną i podpisaną przez Ubezpieczającego oraz zgłoszonego przez Pracownika Małżonka albo Partnera lub Pełnoletnie dziecko, wraz z oświadczeniem Pracownika, że osoba zgłaszana przez niego do Umowy ubezpieczenia jest odpowiednio: jego Małżonkiem w rozumieniu § 2 ust. 6 OWU albo jego Partnerem w rozumieniu § 2 ust. 7 OWU lub jego Pełnoletnim dzieckiem w rozumieniu § 2 ust. 8 OWU,

4) w przypadku zlecenia przez Towarzystwo badań medycznych lub zwrócenia się przez Towarzystwo o podanie dodatkowych informacji i dokumentów – odpowiednio: Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko poddało się badaniom medycznym oraz podało dodatkowe informacje i dokumenty i wydano wobec odpowiednio: Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka decyzję o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego,

5) odpowiednio: Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko w dniu podpisania Deklaracji zgody nie jest jednocześnie objęte ochroną z tytułu umowy indywidualnie kontynuowanej zawartej z Towarzystwem,

6) odpowiednio: Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko przystępujące do Umowy ubezpieczenia w dniu podpisania Deklaracji zgody nie przebywa w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych lub nie została orzeczona w stosunku do niego niezdolność do pracy na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

3. Za zgodą Towarzystwa do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba nie spełniająca warunków Zdolności ubezpieczeniowej wskazanych w ust. 1-2 powyżej.

4. Towarzystwo ma prawo do ustalenia Zdolności ubezpieczeniowej osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia i zwracania się w tym celu do Ubezpieczającego, osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia i Pracownika zgłaszającego swojego Małżonka albo Partnera lub swoje Pełnoletnie dziecko, o podanie informacji oraz przekazanie żądanych przez Towarzystwo kopii dokumentów potwierdzających Zdolność ubezpieczeniową.

§ 8. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej rozpoczyna się w dniu proponowanym w Deklaracji zgody jako pierwszy dzień początku Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień OWU.

2. Dniem początku Okresu ubezpieczenia jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa w najbliższym z następujących dni:

1) w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej,

2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 69 lat,

4) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę za daną Osobę ubezpieczoną w pełnej wysokości i nie zapłacono Składki w pełnej wysokości za kolejny okres,

5) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę za daną Osobę ubezpieczoną w pełnej wysokości, ale nie później niż w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym zaszła przynajmniej jedna z określonych niżej sytuacji:

a) zaprzestano potrącać Składkę za Pracownika w sytuacji, o której mowa w § 19 OWU tj. złożenia przez niego oświadczenia o cofnięciu zgody na zastrzeżenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej,

b) Pracownik cofnął zgodę na potrącanie Składki z wynagrodzenia,

c) Osoba ubezpieczona przestała być Pracownikiem Ubezpieczającego (w przypadku Osoby ubezpieczonej będącej Pracownikiem),

d) Osoba ubezpieczona rozpoczęła urlop wychowawczy lub bezpłatny (w przypadku Osoby ubezpieczonej będącej Pracownikiem),

e) Towarzystwo zaniechało w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji, o której mowa w § 13 ust. 2 OWU tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki za grupę w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie,

f) wygasła odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Pracownika, który zgłosił tę osobę do Umowy ubezpieczenia (w przypadku Osoby ubezpieczonej będącej Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem Pracownika).

4. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu listy osób, których dotyczą sytuacje określone w ust. 3 pkt 5) lit. a)-d) i f) powyżej, nie później niż do końca pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po okresie, za który zapłacono za te osoby ostatnią Składkę w pełnej wysokości.

§ 9. PRZYSTĘPOWANIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która spełnia warunki Zdolności ubezpieczeniowej.

2. Dana osoba wyraża pisemną zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej poprzez podpisanie Deklaracji zgody przed objęciem tej osoby ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczający i Towarzystwo mogą uzgodnić inną formę wyrażenia przez dane osoby zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

3. W okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby dotychczas nie ubezpieczone na podstawie danej Umowy ubezpieczenia.

4. Do objęcia ochroną ubezpieczeniową w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia wymagane jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie przez osoby obejmowane ochroną ubezpieczeniową i przez Ubezpieczającego Deklaracji zgody oraz doręczenie ich do Siedziby Towarzystwa w terminie, o którym mowa w ust. 6 poniżej.

5. Ubezpieczający proponuje w Deklaracji zgody danej osoby

przystępującej do Umowy ubezpieczenia dzień początku Okresu ubezpieczenia, który musi być pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, ale nie może być dniem wcześniejszym niż pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego przypadający po dniu podpisania Deklaracji zgody.

6. Ubezpieczający ma obowiązek doręczać do Siedziby Towarzystwa Deklaracje zgody osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia wraz z wykazem osób składających Deklaracje zgody, nie później niż do dnia poprzedzającego proponowany dzień początku Okresu ubezpieczenia.

7. Jeżeli Deklaracja zgody danej osoby lub wykaz osób składających Deklaracje zgody zostaną dostarczone po terminie określonym w ust. 6 powyżej, wówczas osoba ta zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową w późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo terminie.

8. Towarzystwo może skierować daną osobę przystępującą do Umowy ubezpieczenia na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej przez Towarzystwo placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo. W przypadku niedostarczenia wyników wszystkich zleconych badań w terminie 3 miesięcy od daty skierowania na badania, Towarzystwo odmówi zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia osoby skierowanej na badania.

9. Towarzystwo może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób z tytułu braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danej osoby, Towarzystwo zwróci Składkę zapłaconą za tę osobę.

10. Towarzystwo potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową danej Osoby ubezpieczonej poprzez wystawienie Certyfikatu ubezpieczenia, który doręcza każdej Osobie ubezpieczonej za pośrednictwem Ubezpieczającego.

11. Osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia, do której Towarzystwo zwróciło się o podanie dodatkowych informacji i dokumentów lub o wypełnienie oświadczenia o stanie zdrowia lub ankiety medycznej, bądź którą Towarzystwo skierowało na badania medyczne, do dnia decyzji Towarzystwa dotyczącej akceptacji bądź braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego jest objęta tymczasową ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy Ubezpieczenia podstawowego, nie wyższej jednak niż 100.000 zł. W przypadku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego uznaje się, że odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Osoby ubezpieczonej rozpoczyna się od dnia początku Okresu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji zgody jako proponowany dzień początku Okresu ubezpieczenia.

W przypadku braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem podjęcia decyzji o braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego.

12. Postanowienia ust. 11 powyżej, stosuje się odpowiednio do osoby przystępującej do Umowy ubezpieczenia, za którą Ubezpieczający nie złożył prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, a Towarzystwo wyraziło zgodę na złożenie prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie późniejszym niż termin, o którym mowa w ust. 6 powyżej, wskazując dodatkowy termin na złożenie Deklaracji zgody. W przypadku złożenia za osobę, o której mowa w zdaniu poprzednim, prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo, uznaje się, że odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tej osoby rozpoczyna się od dnia wskazanego w Deklaracji zgody jako proponowany dzień początku Okresu ubezpieczenia. W przypadku niezłożenia za tę osobę prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody w terminie późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem upływu terminu na złożenie Deklaracji zgody.

§ 10. OKRESOWE OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA (KARENCJA)

1. W Ubezpieczeniu podstawowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3-5 poniżej, Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 4-5 poniżej.

4. Jeżeli Pracownik, o którym mowa w ust. 3 powyżej, był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia przez okres:

1) co najmniej równy okresowi Karencji, to z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia,

2) krótszy niż okres Karencji, to:

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

b) po upływie okresu określonego w lit. a) powyżej, Towarzystwo spełni Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu Karencji, w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

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

§ 11. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie następujących czynników:
1) Wieku osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia,
2) warunków zatrudnienia,
3) wysokości Świadczenia,
4) zakresu ubezpieczenia,
5) częstotliwości opłacania Składki.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki ubezpieczeniowej jest potwierdzona w Polisie.

§ 12. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK ZA GRUPĘ

1. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje częstotliwość opłacania Składek za grupę: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składek za grupę z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest Składka za grupę.
3. Ubezpieczający wpłaca Składkę za grupę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do Polisy.
4. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze Składką z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 13. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI ZA GRUPĘ

1. W razie niezapłacenia Składki za grupę w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności Składki za grupę, Towarzystwo wezwie pisemnie Ubezpieczającego do zapłaty Składki za grupę w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki za grupę, o których mowa w ust. 2 poniżej.
2. Jeżeli Składka za grupę nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 14. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Osoby ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Osobę ubezpieczoną przestępstwa z winy umyślnej,
4) samobójstwem popełnionym przez Osobę ubezpieczoną w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień § 6 ust. 5 OWU, nie zostały podane do jego wiadomości, a w szczególności gdy została zatajona choroba Osoby ubezpieczonej. Jeżeli do naruszenia postanowień § 6 ust. 5 OWU doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia danej Osoby ubezpieczonej Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu Osoby ubezpieczonej do Umowy ubezpieczenia podano informacje nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Osoby ubezpieczonej.
3. Z zastrzeżeniem postanowień odpowiednich OWDU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną na podstawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Osobę ubezpieczoną albo jej okaleczeniem na jej własną prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności,
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
4) chorobą lub zatruciem się Osoby ubezpieczonej spowodowanymi spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo nadużywaniem leków,
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Osoba ubezpieczona podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Osobę ubezpieczoną sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Osoby ubezpieczonej w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
4. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe objęte ochroną na podstawie zawartych Ubezpieczeń dodatkowych, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Osobę ubezpieczoną pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi). Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Osoba ubezpieczona odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawała pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 15. UPOSAŻENI

1. Osoba ubezpieczona może wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, zarówno przy przystępowaniu do Umowy ubezpieczenia, jak i w Okresie ubezpieczenia. Osoba ubezpieczona powinna określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%. Jeżeli Osoba ubezpieczona wskazała kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.

Jeżeli Osoba ubezpieczona określiła udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest zerowy. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Osoby ubezpieczonej.

2. W przypadku gdy Osoba ubezpieczona wskaże tylko jednego Uposażonego, przysługuje jej prawo wskazania jednego Uposażonego zastępczego. W sytuacji gdy w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej nie żyje Uposażony, wówczas prawo do Świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.

3. Wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego może zostać zmienione lub odwołane przez Osobę ubezpieczoną w każdym czasie Okresu ubezpieczenia.

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

5. Jeżeli Osoba ubezpieczona wskazała więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej którykolwiek z Uposażonych nie żyje lub jeżeli którykolwiek z Uposażonych przyczynił się umyślnie do śmierci Osoby ubezpieczonej, wówczas część Świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym, w proporcji wynikającej ze wskazań Osoby ubezpieczonej.

6. Jeżeli Osoba ubezpieczona:

1) nie wskazała Uposażonych lub na dzień śmierci Osoby ubezpieczonej wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej,

albo

2) wskazała jednego Uposażonego, którego wskazanie na dzień śmierci Osoby ubezpieczonej stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej i nie wskazała Uposażonego zastępczego,

albo

3) wskazała jednego Uposażonego i Uposażonego zastępczego, których wskazanie na dzień śmierci Osoby ubezpieczonej stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Osoby ubezpieczonej w następującej kolejności:

a) Małżonek zmarłego,
b) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,
c) wnuki zmarłego,
d) rodzice zmarłego,
e) rodzeństwo zmarłego,
f) dzieci rodzeństwa zmarłego.

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

§ 16. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a Ubezpieczający, będący przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty jej zawarcia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

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

§ 17. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

2. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo możliwe jest w wypadkach wskazanych w kodeksie cywilnym.

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

4. W okresie wypowiedzenia nie są przyjmowane do Umowy ubezpieczenia żadne nowe osoby.

§ 18. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

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

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

3) w związku z upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia była zawarta, o ile którakolwiek ze stron złoży oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 7 OWU – z upływem ostatniego dnia potwierdzonego w Polisie okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia była zawarta,

4) w sytuacji określonej w § 13 ust. 2 OWU, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki za grupę w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie – z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 19. COFNIĘCIE ZGODY PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZONĄ NA ZASTRZEŻENIE NA JEJ RZECZ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Osoba ubezpieczona może cofnąć zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Oświadczenie o cofnięciu zgody powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa, w ciągu 14 dni od dnia podpisania tego oświadczenia przez Osobę ubezpieczoną.

2. Cofnięcie zgody przez Osobę ubezpieczoną nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za daną Osobę ubezpieczoną za okres, w jakim Towarzystwo udzielało jej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 20. INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania Osób ubezpieczonych, którym przysługuje prawo do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej, o istnieniu takiego prawa.

2. Prawo do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej przysługuje:

1) Pracownikowi, w przypadku wygaśnięcia w stosunku do niego odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia

grupowego w związku z:
a) ukończeniem przez tego Pracownika wieku 69 lat, w rozumieniu § 8 ust. 3 pkt 3) OWU, lub
b) utratą statusu Pracownika, w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU, lub
c) rozpoczęciem urlopu wychowawczego bądź bezpłatnego,
2) Osobie ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem, o ile odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Pracownika, który zgłosił tę osobę do Umowy ubezpieczenia grupowego wygasła w okolicznościach, o których mowa w pkt 1) lit. a) - c) powyżej, bądź Pracownik, który zgłosił tą osobę do Umowy ubezpieczenia grupowego, zmarł,
3) nie będącemu Osobą ubezpieczoną Małżonkowi zmarłego Pracownika, który w chwili śmierci był objęty ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia grupowego, o ile Wiek Małżonka wynosi nie więcej niż 64 lata.

3. Ponadto prawo do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej przysługuje wyłącznie tym osobom wskazanym w ust. 2 pkt 1) i 2) powyżej, które były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia grupowego przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających miesiąc, w którym nabyły prawo do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej oraz Małżonkowi zmarłego Pracownika, wskazanemu w ust. 2 pkt 3) powyżej, o ile zmarły Pracownik był objęty ochroną ubezpieczeniową przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzający miesiąc, w którym zmarł.

4. Prawo do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej nie przysługuje żadnej z osób, jeżeli złożono wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia grupowego lub Umowa ubezpieczenia grupowego została rozwiązana z upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia grupowego była zawarta lub Składka za grupę nie została w pełni opłacona.

5. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej z osobą nie spełniającą warunków, o których mowa ust. 2-3 powyżej.

6. Umowa indywidualnie kontynuowana jest zawierana na następujących warunkach:
1) na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia grupowego, tj. z takim samym zakresem ochrony, wysokością sum ubezpieczenia i Składki a także z zachowaniem postanowień szczególnych Umowy ubezpieczenia grupowego,
2) w przypadku skorzystania z prawa do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej przez Małżonka zmarłego Pracownika, jest on obejmowany ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na wypadek śmierci i śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zachowaniem wysokości sum ubezpieczenia i Składek z tytułu ubezpieczeń na wypadek śmierci i śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku obowiązujących w odniesieniu do zmarłego Pracownika, o ile zmarły Pracownik był objęty ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia grupowego w tym zakresie,
3) w przypadku skorzystania z prawa do zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej przez osobę, która ukończyła Wiek 69 lat, jest ona obejmowana ochroną wyłącznie na wypadek śmierci,
4) umowa indywidualnie kontynuowana jest zawierana na okres jednego roku,
5) umowa indywidualnie kontynuowana może zostać przedłużona na okres kolejnego roku na zasadach określonych indywidualnie za porozumieniem stron, z zastrzeżeniem że warunki ochrony ubezpieczeniowej określone w Umowie ubezpieczenia grupowego obowiązują tylko w pierwszym roku trwania umowy indywidualnie kontynuowanej.

7. Umowę indywidualnie kontynuowaną zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej, dostępnego na stronie internetowej Towarzystwa, doręczonego do Siedziby Towarzystwa w terminie do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który została opłacona ostatnia Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia grupowego, za osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 1) albo 2) powyżej, bądź za zmarłego Pracownika, o którym mowa w ust. 2 pkt 3) powyżej.

8. W przypadku nie doręczenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej w terminie, o którym mowa w ust. 7 powyżej, zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej jest uzależnione od zgody Towarzystwa. W razie wyrażenia przez Towarzystwo zgody, o której mowa w zdaniu poprzednim, osoba, która zawarła umowę indywidualnie kontynuowaną jest objęta Karencją. Długość okresów Karencji jest określona zgodnie z postanowieniami OWU lub odpowiednich OWDU, z zastrzeżeniem że nie mają zastosowania te postanowienia OWU lub OWDU oraz postanowienia Umowy ubezpieczenia grupowego indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym, które wyłączają Karencję, ograniczają długość Karencji lub zaliczają do Karencji jakikolwiek okres ubezpieczenia przypadający przed początkiem Karencji określonym w tymże OWU lub OWDU.

9. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej, doręczając Polisę uprawnionej osobie, która złożyła wniosek o zwarcie umowy indywidualnie kontynuowanej.

10. Umowę indywidualnie kontynuowaną uznaje się za zawartą z chwilą wystawienia Polisy przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia pierwszej Składki w terminie 14 dni od dnia doręczenia Polisy. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie.

11. W zamian za ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez Towarzystwo na postawie zawartej umowy indywidualnie kontynuowanej osoba będąca stroną, która zawarła umowę indywidualnie kontynuowaną jest zobowiązana do terminowego i prawidłowego opłacania Składek z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest Składka, na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do Polisy. Dniem zapłaty Składki jest dzień, w którym kwota tej Składki została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

12. Osoba składająca wniosek o zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej wskazuje w nim częstotliwość opłacania Składek kwartalną, półroczną lub roczną.

13. W razie przekroczenia terminów na opłacenie pierwszej Składki z tytułu umowy indywidualnie kontynuowanej, o których mowa w ust. 10 powyżej, Towarzystwo wezwie pisemnie osobę, która zawarła umowę indywidualnie kontynuowaną, do zapłaty Składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki w tym terminie. Jeżeli Składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu poprzednim, umowę indywidualnie kontynuowaną uznaje się za niezawartą a wniosek o zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej za wycofany.

14. W razie niezapłacenia Składki w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności Składki, Towarzystwo wezwie pisemnie osobę, która zawarła Umowę indywidualnie kontynuowaną do zapłaty Składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania

wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia Składki w tym terminie. Jeżeli Składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym, odpowiedzialność Towarzystwa wygaśnie z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

15. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej i następnie zawarcia przez Osobę ubezpieczoną umowy indywidualnie kontynuowanej, wysokość Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w umowie indywidualnie kontynuowanej zostaje pomniejszona o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej na podstawie Umowy ubezpieczenia grupowego.

16. Umowa indywidualnie kontynuowana ulega rozwiązaniu:

1) w ostatnim dniu okresu odstąpienia od umowy indywidualnie kontynuowanej przez osobę, która zawarła umowę indywidualnie kontynuowaną,

2) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia umowy indywidualnie kontynuowanej,

3) w ostatnim dniu ostatniego w pełni opłaconego okresu, w razie niezapłacenia Składki, w sytuacji, o której mowa w ust. 14 powyżej,

4) w dniu śmierci osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie.

17. W przypadku zawarcia umowy indywidualnie kontynuowanej nie mają zastosowania § 6 ust. 1-4, 7, 9-10, 12, § 7, § 8, § 9 ust. 1-7, 10-12, § 10 ust. 2-5, § 12-13, § 18 pkt 3)-4), § 19 OWU. Pozostałe postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

§ 21. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa i w jego oddziałach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

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

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

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię dokumentu tożsamości lub wypis z dokumentu tożsamości znajdujący się na stronie internetowej Towarzystwa,

2) w przypadku, gdy OWU uzależnia wypłatę lub wysokość Świadczenia od informacji określonych w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia – dokument potwierdzający wysokości Świadczeń z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający wystąpienie z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile dokumenty te nie zostały doręczone do Siedziby Towarzystwa przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,

3) w przypadku zgonu Osoby ubezpieczonej:

a) odpis skrócony aktu zgonu Osoby ubezpieczonej,

b) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Osoby ubezpieczonej,

4) w przypadku gdy Osobą ubezpieczoną jest Małżonek lub Partner – odpowiednio odpis skrócony aktu małżeństwa lub dokumenty uprawdopodabniające fakt pozostawania w stałym związku z Pracownikiem, zgodnie z definicją określoną w § 2 ust. 7 OWU,

5) w przypadku gdy Osobą ubezpieczoną jest Pełnoletnie dziecko – odpis skrócony aktu urodzenia dziecka albo odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,

6) w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutkującym Zdarzeniem ubezpieczeniowym:

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

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

c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej,

7) w przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej – diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy odpowiedniej specjalizacji potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Osobę ubezpieczoną okresu dłuższego niż 12 miesięcy, jak również dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej – kopie wyników badań radiologicznych, histopatologicznych lub laboratoryjnych, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego,

8) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia.

Dokumenty, o których mowa powyżej, powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.

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

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

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

7. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje albo przysługuje w innej wysokości niż wnioskowana przez osobę uprawnioną do Świadczenia, Towarzystwo poinformuje ją o tym na piśmie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia, wraz z pouczeniem o trybie odwołania się od

decyzji Towarzystwa.

§ 22. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej Osoby ubezpieczonej.
2. W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej Towarzystwo zmniejsza Świadczenie wypłacane z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.
3. Wypłacenie Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku zapłaty Składki w dotychczasowej wysokości.
4. Po wypłaceniu Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczający nie może dokonać żadnych zmian w Ubezpieczeniu podstawowym bez zgody Towarzystwa.

§ 23. DOKONYWANIE ZMIAN UMOWY UBEZPIECZENIA, ZAWIADOMIEŃ I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony Umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie.
2. Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę Umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.
4. Przed dokonaniem zmiany Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Osobie ubezpieczonej informacji o projektowanych zmianach, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, tak aby Osoba ubezpieczona miała możliwość swobodnego zapoznania się z nimi.
5. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Osoby ubezpieczonej wymaga zgody tej Osoby ubezpieczonej.
6. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od Osoby ubezpieczonej zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku dokonania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sum ubezpieczenia lub wysokości Składki, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

§ 24. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. W zamian za ochronę ubezpieczeniową Świadczoną przez Towarzystwo, Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego opłacania Składek za grupę.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany udostępnić Osobom ubezpieczonym, przed wyrażeniem przez nie zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej w Deklaracji zgody, przekazane przez Towarzystwo ogólne warunki grupowego ubezpieczenia oraz odpowiednie ogólne warunki dodatkowych grupowych ubezpieczeń wraz z załącznikami na podstawie których zostanie zawarta Umowa ubezpieczenia.
3. Strony zobowiązują się wzajemnie się informować o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do poinformowania każdej z Osób ubezpieczonych, w sposób zwyczajowo ustalony u danego Ubezpieczającego, o rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia oraz zaprzestaniu udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Osobie ubezpieczonej wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo, w sposób zapewniający Osobie ubezpieczonej możliwość pełnego zapoznania się z nimi.
6. Ubezpieczający informuje Osoby ubezpieczone o objęciu tych osób ochroną ubezpieczeniową oraz o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo.

§ 25. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W NINIEJSZYCH OWU

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

§ 26. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo odwołania się od tej decyzji. Odwołanie w formie pisemnej kieruje się na adres Siedziby Towarzystwa. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia odwołania i udzielenia pisemnej odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie okoliczności związanych z decyzją stało się możliwe. W trakcie rozpatrywania odwołania Towarzystwo może domagać się dostarczenia dodatkowych dokumentów, mogących uzasadniać zmianę decyzji.
2. Niezależnie od zachowania trybu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, na zasadach określonych w kodeksie cywilnym i kodeksie postępowania cywilnego.
3. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej lub osoby uprawnionej do Świadczenia.
4. W przypadku skarg lub zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Osobę ubezpieczoną lub osobę uprawnioną do Świadczenia, można je kierować do Siedziby Towarzystwa, celem ich rozpatrzenia. Właściwa jednostka organizacyjna Towarzystwa jest zobowiązana w ciągu 30 dni od daty otrzymania skargi lub zażalenia zająć stanowisko w sprawie i przekazać je na piśmie odpowiednio – Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej lub osobie uprawnionej do Świadczenia.
5. Niezależnie od trybów rozpatrywania odwołań, skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1-4 powyżej, Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej lub osobie uprawnionej z Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo złożenia skargi do:
1) Rzecznika Ubezpieczonych,
2) Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 27. INFORMACJA PODATKOWA

1. Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:
1) art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 ze zm.), w brzmieniu:
„Wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych (…)";
2) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 ze zm.), w brzmieniu:
„Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności

otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”.

§ 28. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTEPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW)
BRP-2412

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW) BRP-2412

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2412 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia używane w OWDU otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

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

2) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

Wypłata świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GNZ)
BRP-2512

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GNZ) BRP-2512

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca o symbolu BRP-2512 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego albo Udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego. W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

2) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym. W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych. W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się również zawału, który nie został stwierdzony w protokole badania sekcyjnego – w przypadku śmierci przed wykonaniem badania EKG lub badania aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,
4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.
3. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub była skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:
1) śmierci w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, protokół badania sekcyjnego,
2) śmierci w następstwie Zawału serca:
a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
d) protokół badania sekcyjnego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK)
BRP-2612

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK) BRP-2612

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-2612 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Droga – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

2) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym.

W rozumieniu OWDU za Pojazd lądowy nie uważa się:

a) pojazdów używanych do celów specjalnych,

b) motocykli,

c) motorowerów,

d) innych pojazdów jednośladowych, chyba że Osoba ubezpieczona uległa Wypadkowi komunikacyjnemu jako pieszy.

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

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

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

2) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Wypadku komunikacyjnego miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

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

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 gudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY (GWP)
BRP-2712

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY (GWP) BRP-2712

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy o symbolu BRP-2712 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy – zdarzenie będące Nieszczęśliwym wypadkiem, a także bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, które nastąpiło w Okresie ubezpieczenia w związku z pracą i:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c) powyżej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miała miejsce w następstwie lub w związku z wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GKP)
BRP-2812

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GKP) BRP-2812

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy o symbolu BRP-2812 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Droga – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

2) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny przy pracy – Nieszczęśliwy wypadek, będący wyłączną oraz bezpośrednio przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległa Osoba ubezpieczona jako pieszy albo pasażer bądź kierująca którymkolwiek z tych pojazdów, w związku z wykonywaną pracą i:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego, lub

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, lub

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy, lub

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c) powyżej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań, lub

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony, lub

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

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

a) pojazdów używanych do celów specjalnych,

b) motocykli,

c) motorowerów,

d) innych pojazdów jednośladowych, chyba że Osoba ubezpieczona uległa Nieszczęśliwemu wypadkowi komunikacyjnemu przy pracy jako pieszy.

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

1) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy miała miejsce w następstwie lub w związku z wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy.

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

3. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku

Nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, jeżeli Osoba ubezpieczona nie posiadała uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami prawa, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śród-lądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU)
BRP-2912

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU)
BRP-2912

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2912 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

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

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

b) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w Okresie ubezpieczenia,

c) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, omdlenia lub utraty przytomności.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 powyżej Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

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

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.

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

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

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

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

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

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

4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji

związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

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

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,

3) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GTZ)
BRP-3012

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE UDARU MÓZGU LUB ZAWAŁU SERCA (GTZ)
BRP-3012

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca o symbolu BRP-3012 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2912 (GTU).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

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

2) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

3) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 poniżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Udar mózgu lub Zawał serca, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca wystąpił w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:
1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:
a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo
b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,
2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,
3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,
4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.
3. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca miał miejsce w następstwie lub w związku z:
1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
2) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.
6. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.
7. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 6 powyżej, Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.
9. W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem wystąpienia Udaru mózgu lub Zawału serca.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
2) kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu,
3) w przypadku Trwałego uszczerbku w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
4) w przypadku Trwałego uszczerbku w następstwie Zawału serca:
a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.
3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:
1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca,
2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.
Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.
4. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Udaru mózgu lub Zawału serca. Decyzja o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną Udarem mózgu lub Zawałem serca. Zmiana stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.
5. Przed podjęciem decyzji o stopniu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie Udaru mózgu lub Zawału serca, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,

4) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY (GTUP)
BRP-3112

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY (GTUP)
BRP-3112

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy o symbolu BRP-3112 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2912 (GTU).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

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

2) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy – będące Nieszczęśliwym wypadkiem zdarzenie, a także wyłączną i bezpośrednią przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, które nastąpiło w związku z pracą i:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c) powyżej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych jej zadań,

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

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

1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy nastąpił w Okresie ubezpieczenia,

3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce w następstwie lub w związku z wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 powyżej, Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

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

5. W przypadku gdy Trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej

w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy były już upośledzone lub w przypadku kolejnego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.

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

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

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

3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

4) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Wypadku przy pracy,

2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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

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

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

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,

3) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTR)
BRP-3212

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTR) BRP-3212

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3212 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nie nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3312 (OWDU GCT).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Trwała utrata zdrowia – zdarzenie medyczne będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w pkt 2) poniżej.

2) Tabela trwałej utraty zdrowia – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU Trwałą utratę zdrowia, załączone do OWDU, uwzględniające postacie Trwałej utraty zdrowia oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń przysługujące Osobie ubezpieczonej z tytułu Trwałej utraty zdrowia, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli trwałej utraty zdrowia odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

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

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) Trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

4) wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wynosi ponad 20% (zgodnie z Tabelą trwałej utraty zdrowia).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwała utrata zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 powyżej, Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

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

5. W przypadku gdy Trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku powstała w obrębie organu lub narządu, którego funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałej utraty zdrowia istniejącej przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-5 poniżej.

2. Towarzystwo podejmuje decyzję o stopniu Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałą utratą zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i Nieszczęśliwym wypadkiem, który był jej przyczyną. Zmiana postaci lub stopnia Trwałej utraty zdrowia, która nastąpiła po dniu wydania decyzji, o której mowa w zdaniu pierwszym, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości, bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień, w którym Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce,

2) wartości procentowe określone w Tabeli trwałej utraty zdrowia.

4. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałej utraty zdrowia przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

5. Przed podjęciem decyzji o wypłacie Świadczenia Towarzystwo może skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach

służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,

3) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY (GCT)
BRP-3312

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY (GCT)
BRP-3312

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-3312 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.
2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nie nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3212 (OWDU GTR).
3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:
1) Trwała utrata zdrowia – zdarzenie medyczne będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w pkt 2 poniżej.
2) Tabela trwałej utraty zdrowia – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU Ciężką trwałą utratę zdrowia, załączona do OWDU, uwzględniające postacie Trwałej utraty zdrowia oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń przysługujące Osobie ubezpieczonej z tytułu Trwałej utraty zdrowia, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.
3) Ciężka trwała utrata zdrowia – Trwała utrata zdrowia, o której mowa w pkt 1 powyżej, jeżeli stwierdzona przez Towarzystwo wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia wynosi co najmniej 60%.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo będzie wypłacało tej osobie przez czas potwierdzony w Polisie, ale nie dłużej niż do dnia śmierci Osoby ubezpieczonej, miesięczną rentę, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, będzie wypłacane, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
2) Ciężka trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
3) Ciężka trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ciężka trwała utrata zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.
2. Towarzystwo będzie wypłacało rentę w wysokości potwierdzonej w Polisie.
3. Towarzystwo rozpocznie wypłatę renty od miesiąca, w którym stwierdzi Ciężką trwałą utratę zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. Terminem płatności renty jest piętnasty dzień miesiąca kalendarzowego.
5. Wartość procentową Ciężkiej Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oblicza się na podstawie Tabeli trwałej utraty zdrowia.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty renty w wysokości potwierdzonej w Polisie. Powstanie kolejnej Ciężkiej Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, a także zwiększenie wartości procentowej Ciężkiej Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w trakcie wypłaty renty, nie wpływa na wysokość wypłacanej renty.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (GZUP)
BRP-3612

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (GZUP) BRP-3612

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu o symbolu BRP-3612 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego,

c) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości (np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego),

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

4) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu.

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

1) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Pobytu Osoby

ubezpieczonej w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu jest pierwszym Pobytem Osoby ubezpieczonej w Szpitalu od dnia wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu,
3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu rozpoczął się nie później niż w ciągu 14 dni od dnia zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu,
5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:
1) 6 miesięcy – w stosunku do:
a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:
i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo
ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,
b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,
c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,
d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,
2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.
2. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu miał miejsce w:
1) szpitalu psychiatrycznym,
2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodku wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego Pobytu w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za pierwsze 14 dni tego Pobytu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
2) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
3) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Zawału serca:
a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM)
BRP-3712

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU NA OIOM (GOIOM)
BRP-3712

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM o symbolu BRP-3712 mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt na OIOM – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Osoby ubezpieczonej. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu na OIOM uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za pobyt na OIOM nie uważa się pobytu Osoby ubezpieczonej na oddziałach kardiologicznych, neurologicznym i diabetologicznym, nawet jeżeli w stosunku do Osoby ubezpieczonej podjęto stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.

W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:

a) oddział intensywnej terapii,

b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,

c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

4) Zasiłek dzienny – Świadczenie wypłacane za każdy dzień Pobytu na OIOM w wysokości potwierdzonej w Polisie.

5) Zasiłek jednorazowy – Świadczenie wypłacane w formie jednorazowego ryczałtu za każdy rozpoczęty Pobyt na OIOM, w wysokości potwierdzonej w Polisie.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Pobytu Osoby ubezpieczonej na OIOM Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci Zasiłku dziennego albo w postaci Zasiłku jednorazowego, w wysokości potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM.

2. W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

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

3) Pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

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

3. W przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Pobyt na OIOM miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

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

§ 5 WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w przypadku Pobytu na OIOM w następstwie Choroby okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,
b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,
c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,
d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,
2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.
2. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu na OIOM w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.
4. W przypadku kilkukrotnego Pobytu na OIOM Osoby ubezpieczonej w ramach danego, trwającego nieprzerwanie pobytu w Szpitalu, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Towarzystwo wypłaca Świadczenia w przypadku Zasiłku dziennego – w sumie za nie więcej niż 14 dni Pobytu na OIOM w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia.
3. Wyboru wypłacanego Świadczenia, tj. w postaci Zasiłku dziennego albo Zasiłku jednorazowego, dokonuje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Rodzaj wypłacanego Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest potwierdzony w Polisie.
4. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Pobyt na OIOM w następstwie Choroby.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY (GPP)
BRP-3812

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY (GPP) BRP-3812

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy o symbolu BRP-3812 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przy pracy. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający

24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy – Nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, który nastąpił w Okresie ubezpieczenia i:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c) powyżej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych jej zadań,

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest pierwszym Pobytem Osoby ubezpieczonej w Szpitalu od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy,

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy rozpoczął się nie później niż w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy,

5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce w następstwie lub w związku z:

1) wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy,

2) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,

3) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej,

4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy,

5) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce w:
1) szpitalu psychiatrycznym,
2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodku wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za pierwsze 14 dni tego Pobytu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,
3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GPK)
BRP-3912

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GPK) BRP-3912

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-3912 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

2) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Wypadku komunikacyjnego. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

3) Droga – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

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

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

a) pojazdów używanych do celów specjalnych,

b) motocykli,

c) motorowerów,

d) innych pojazdów jednośladowych,

chyba że Osoba ubezpieczona uległa Wypadkowi komunikacyjnemu jako pieszy.

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

1) Wypadek komunikacyjny, będący przyczyną Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego jest pierwszym Pobytem Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego,

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego rozpoczął się nie później niż w ciągu 14 dni od dnia zajścia Wypadku komunikacyjnego,

5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego miał miejsce w:

1) szpitalu psychiatrycznym,

2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub

diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodku wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

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

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

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego, miał miejsce w następstwie lub w związku z:
1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej,
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Wypadkiem komunikacyjnym,
4) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego Pobytu w Szpitalu w następstwie Wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za pierwsze 14 dni tego Pobytu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GPKP)
BRP-4112

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GPKP)
BRP-4112

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy o symbolu BRP-4112 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

2) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

3) Droga – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

4) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny przy pracy – Nieszczęśliwy wypadek, będący wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, wywołany ruchem Pojazdu lądowego na Drodze lub na torowisku albo Statku morskiego lub śródlądowego bądź Statku powietrznego, któremu uległa Osoba ubezpieczona jako pieszy albo pasażer bądź kierująca którymkolwiek z tych pojazdów i który miał miejsce:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego, lub

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia, lub

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy, lub

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a)-c) powyżej, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań, lub

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony, lub

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

5) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące pojazdem silnikowym lub pojazdem szynowym.

W rozumieniu OWDU za Pojazd lądowy nie uważa się:

a) pojazdów używanych do celów specjalnych,

b) motocykli,

c) motorowerów,

d) innych pojazdów jednośladowych,

chyba że Osoba ubezpieczona uległa Nieszczęśliwemu wypadkowi komunikacyjnemu przy pracy jako pieszy.

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

1) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

komunikacyjnego przy pracy jest pierwszym Pobytem Osoby ubezpieczonej w Szpitalu od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy,
3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczął się nie później niż w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy,
5) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.
2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, jeżeli Pojazd albo Statek morski lub śródlądowy albo Statek powietrzny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, chyba że stan techniczny Pojazdu, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.
3. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Nieszczęśliwych wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, jeżeli Osoba ubezpieczona nie posiadała uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami prawa, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy, miał miejsce w następstwie lub w związku z:
1) wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy,
2) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
3) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby Ubezpieczonej,
4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym przy pracy,
5) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy miał miejsce w:
1) szpitalu psychiatrycznym,
2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodku wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za pierwsze 14 dni tego Pobytu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
2) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku, gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,
3) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN)
BRP-4212

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPRN)
BRP-4212

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-4212 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Rekonwalescencja – pobyt Osoby ubezpieczonej na zwolnieniu lekarskim wydanym przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt w Szpitalu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Okres Rekonwalescencji jest liczony od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Zwolnienie lekarskie powinno być wystawione nie później niż dnia następującego po ostatnim dniu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

2) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny.

W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu na oddziale dziennym,

b) pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Rekonwalescencji Osoby ubezpieczonej po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

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

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 14 dni,

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

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) szpitalu psychiatrycznym,

2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,

4) hospicjum,

5) domu opieki,

6) ośrodku wypoczynkowym,

7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej, miał miejsce

w następstwie lub w związku z:
1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej,
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
4) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danej Rekonwalescencji jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za nie więcej niż 30 dni danej Rekonwalescencji.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie za nie więcej niż 90 dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.
6. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (GPRCN)
BRP-4312

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REKONWALESCENCJI PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (GPRCN)
BRP-4312

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-4312 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Rekonwalescencja – pobyt Osoby ubezpieczonej na zwolnieniu lekarskim wydanym przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt w Szpitalu Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby. Okres Rekonwalescencji jest liczony od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby. Zwolnienie lekarskie powinno być wystawione nie później niż dnia następującego po ostatnim dniu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby. Każdy rozpoczęty dzień Rekonwalescencji uważa się za pełny.

2) Pobyt w szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Osoby ubezpieczonej, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie Rekonwalescencji Osoby ubezpieczonej po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, za każdy dzień Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

2. W przypadku Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 14 dni,

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

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. W przypadku Rekonwalescencji po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał co najmniej 14 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w przypadku Rekonwalescencji Osoby ubezpieczonej po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa

i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,

2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanej w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek rekonwalescencji Osoby ubezpieczonej po pobycie w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w:

1) szpitalu psychiatrycznym,

2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,

4) hospicjum,

5) domu opieki,

6) ośrodku wypoczynkowym,

7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu danej Rekonwalescencji jest ograniczona do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni danej Rekonwalescencji.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie za nie więcej niż 90 dni Rekonwalescencji w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

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

1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

2) kopię zwolnienia lekarskiego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Rekonwalescencję Osoby ubezpieczonej po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO (GLS)
BRP-4412

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO (GLS) BRP-4412

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego o symbolu BRP-4412 mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.
2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:
1) Leczenie specjalistyczne – obejmuje zastosowanie wobec Osoby ubezpieczonej któregokolwiek z zabiegów medycznych określonych w pkt 2)-7) poniżej.
2) Chemioterapia – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową.
3) Radioterapia – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego.
4) Terapia interferonowa – podawanie drogą pozajelitową interferonu, jako metoda leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C oraz stwardnienia rozsianego.
5) Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora – zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – układu elektronicznego z funkcją rozpoznawania i leczenia groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca, po przynajmniej jednym epizodzie groźnej arytmii komorowej serca lub nagłym zatrzymaniu krążenia.
6) Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora) – zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce – urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, z wyłączeniem zabiegów wykonanych w prewencji pierwotnej, tj. bez wcześniejszych epizodów udokumentowanego nagłego zatrzymania krążenia.
7) Ablacja – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca.
8) Zastosowanie Leczenia specjalistycznego – obejmuje w okresie odpowiedzialności Towarzystwa:
a) podanie pierwszej dawki leku – w przypadku Chemioterapii i Terapii interferonowej,
b) podanie pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii,
c) wszczepienie kardiowertera/defibrylatora,
d) wszczepienie rozrusznika serca,
e) wykonanie ablacji.
9) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.
2. Pojęcia niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie zastosowania Leczenia specjalistycznego wobec Osoby ubezpieczonej, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Zastosowania leczenia specjalistycznego, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.
2. Towarzystwo wypłaci Świadczenie, o którym mowa w ust.1 powyżej, pod warunkiem, że Zastosowanie Leczenia specjalistycznego miało miejsce w Szpitalu.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:
1) 6 miesięcy – w stosunku do:
a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:
i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo
ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,
b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,
c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,
d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,
2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1 lit. a) albo b) powyżej.
2. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek leczenia specjalistycznego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie

specjalistyczne Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w ramach danego Leczenia specjalistycznego do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby zastosowanych Leczeń specjalistycznych w ramach tego samego Leczenia specjalistycznego. W przypadku wystąpienia u Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego Leczenia specjalistycznego, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W razie jednoczesnego zastosowania Radioterapii i Chemioterapii Towarzystwo wypłaci tylko jedno Świadczenie.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do wypłaty Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZE ŚWIADCZENIEM APTECZNYM (GPSA)
BRP-4512

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZE ŚWIADCZENIEM APTECZNYM (GPSA)
BRP-4512

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym BRP-4512 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).

3. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Świadczenie jednorazowe – Świadczenie wypłacane w formie jednorazowego ryczałtu w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, na zakup leków w aptece.

2) Pobyt w Szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Osoby ubezpieczonej, po którego zakończeniu pojawiła się konieczność zakupu leków w aptece. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za Pobyt w Szpitalu nie uważa się:

a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że Pobyt w Szpitalu miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie Osoby ubezpieczonej w Szpitalu, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie jednorazowe, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu.

2. W przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni,

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

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

3. W przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

1) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w przypadku konieczności zakupu leków w aptece po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.

2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek konieczności zakupu leków po pobycie w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce w:
1) szpitalu psychiatrycznym,
2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodku wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia łącznie nie częściej niż 3 razy w danym Roku okresu ubezpieczenia.
6. Z tytułu danego Pobytu w Szpitalu odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej konieczność zakupu leków po Pobycie w Szpitalu w następstwie Choroby.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. wchodzą w życie z dniem 26 listopada 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (GCP)
BRP-4612

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (GCP) BRP-4612

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy o symbolu BRP-4612 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – trwające co najmniej 30 dni uszkodzenie ciała lub pogorszenie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniające łącznie następujące warunki:

a) wystąpiły w Okresie ubezpieczenia,

b) są następstwem Nieszczęśliwego wypadku mającego miejsce w Okresie ubezpieczenia,

c) spowodowały brak możliwości wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej,

d) zostały poświadczone zwolnieniem lekarskim wystawionym na druku ZUS ZLA lub zwolnieniami lekarskimi wystawionymi z tej samej przyczyny na drukach ZUS ZLA dotyczącymi okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy.

2) Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Choroby – trwające co najmniej 30 dni pogorszenie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniające łącznie następujące warunki:

a) wystąpiło w Okresie ubezpieczenia po upływie 60 dni od dnia początku Okresu ubezpieczenia,

b) jest następstwem Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w Okresie ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia

c) spowodowało brak możliwości wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej,

d) zostało poświadczone zwolnieniem lekarskim wystawionym na druku ZUS ZLA lub zwolnieniami lekarskimi wystawionymi z tej samej przyczyny na drukach ZUS ZLA dotyczącymi okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy.

3) Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień uszkodzenia ciała lub pogorszenia stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniającego warunki wskazane w pkt 1) powyżej.

4) Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby – 31-y dzień pogorszenia stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniającego warunki wskazane w pkt 2) powyżej, przy czym okres 30 dni pogorszenia stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniającego warunki wskazane w pkt 2) powyżej, poprzedzający Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, musi mieścić się w całości w Okresie ubezpieczenia.

5) Dzień początku – odpowiednio: Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Dzień początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) Czasowa niezdolność Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, lub

2) Czasowa niezdolność Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Choroby.

2. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości 300 zł za każde pełne 30 dni odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby, licząc od odpowiednio: Dnia początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Dnia początku Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej, płatne jest z dołu, po upływie 30-dniowego okresu, za który jest należne. Pierwsze świadczenie z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby będzie wypłacone po upływie 30 dni od odpowiednio: Dnia początku Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Dnia początku Czasowej niezdolności Osoby ubezpieczonej do pracy w następstwie Choroby.

4. Każda przerwa czasowa (co najmniej 1 dzień przerwy czasowej) w okresie zwolnienia lekarskiego lub w okresie zwolnień lekarskich, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1)-2) OWDU i § 6 ust. 2 OWDU, powoduje przerwanie odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za okres odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby, który nie trwa 30 dni, o których mowa w ust. 2 powyżej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego nie mają zastosowania postanowienia OWU dotyczące Karencji.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w ciągu pierwszych 60 dni od dnia początku Okresu ubezpieczenia.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa § 14 OWU.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli odpowiednio: Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowa niezdolność do pracy w następstwie Choroby miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej,

2) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,

3) uszkodzeniem ciała, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,

4) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącym chorobą zawodową,

5) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

6) leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,

7) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,

8) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,

9) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,

10) pobytem:

a) w szpitalu psychiatrycznym,

b) w szpitalu lub domu opieki lub ośrodku lub oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącym/ej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) w szpitalu lub ośrodku lub oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,

d) w hospicjum,

e) w domach opieki,

f) w ośrodkach wypoczynkowych,

g) w szpitalu lub ośrodku lub oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,

h) w szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym,

11) przebywania pod domową opieką pielęgniarską,

12) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:

a) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka,

b) poród miał przebieg patologiczny,

c) nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez jedną z następujących osób: pracownika Towarzystwa, pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, upoważnionego do tego pracownika Ubezpieczającego lub notariusza, kopię zwolnienia lekarskiego wystawionego na druku ZUS ZLA lub kopie zwolnień lekarskich wystawionych na drukach ZUS ZLA dotyczących okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy, potwierdzające wystąpienie i okres trwania odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. Osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia może go złożyć jednorazowo po zakończeniu nieprzerwanego okresu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby odnośnie wszystkich Świadczeń należnych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego lub kilkukrotnie po upływie każdych 30 dni nieprzerwanego okresu odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby osobno odnośnie każdego Świadczenia należnego z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do wypłaty świadczeń z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w następstwie choroby:

1) w sumie za nie więcej niż 180 dni w każdym kolejnym roku Okresu ubezpieczenia,

2) do wysokości 3600 zł łącznie na podstawie OWDU, w zależności od tego, która z powyższych sytuacji zajdzie jako pierwsza i niezależnie od ilości Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWDU, mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

6. W przypadku zbiegu w czasie Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 4 ust. 1 OWDU Towarzystwo spełnia wyłącznie jedno Świadczenie za to ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 4 ust. 1 OWDU, którego Dzień początku nastąpił jako pierwszy.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) wypłaty Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio

wypłaconymi Świadczeniami kwotę 3600 zł, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego Świadczenia,

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW) BRP-4712

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNPW) BRP-4712

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-4712 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.
2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:
1) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – stan zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniający łącznie następujące warunki: całkowita niezdolność Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz do samodzielnej egzystencji, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Osobę ubezpieczoną zdolności do pracy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji uznaje się pierwszy dzień całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, potwierdzony w orzeczeniu wydanym przez podmiot uprawniony do orzekania o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
2) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.
2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia u niej Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.
3. Jeżeli w sytuacji, opisanej w ust. 2 powyżej, Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz orzeczenie wydane przez uprawniony podmiot, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do orzekania o całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz do samodzielnej egzystencji, wraz z wynikami badań i dokumentacją medyczną, które były podstawą wydania tego orzeczenia.
3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
4) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GNPC)
BRP-4812

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GNPC) BRP-4812

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby o symbolu BRP-4812 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji – stan zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniający łącznie następujące warunki: całkowita niezdolność Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej oraz do samodzielnej egzystencji, która powstała w następstwie Choroby, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Osobę ubezpieczoną zdolności do pracy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Choroby uznaje się pierwszy dzień niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, potwierdzony w orzeczeniu wydanym przez podmiot uprawniony do orzekania o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Choroby, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej i wynosi 6 miesięcy.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Choroby miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Choroby wystąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub była skutkiem Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub była leczona przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

4. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia u niej Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie Choroby, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

5. Jeżeli w sytuacji, opisanej w ust. 4 powyżej, Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej w następstwie Choroby zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz orzeczenie wydane przez uprawniony podmiot, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do orzekania o całkowitej niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy i do samodzielnej egzystencji wraz z wynikami badań i dokumentacją medyczną, które były podstawą wydania tego orzeczenia. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
4) przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (GPZ1, GPZ2, GPZ3) BRP-4912

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 4, § 5, § 6, § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 7

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
WARIANT STANDARDOWY (GPZ1), WARIANT PLUS (GPZ2), WARIANT MAX (GPZ3)
BRP-4912

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-4912 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może dotyczyć jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZ1) określonego w § 4, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-9), albo

2) wariantu plus (GPZ2) określonego w § 5, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-19), albo

3) wariantu max (GPZ3) określonego w § 6, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3)-29).

3. Postanowienia OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2 powyżej, mają zastosowanie do obu wariantów.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Wystąpienie Poważnego zachorowania – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

2) Poważne zachorowanie – wystąpienie w zdrowiu Osoby ubezpieczonej któregokolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 3)-9), albo dla wariantu plus w pkt 3)-19), albo dla wariantu max w pkt 3)-29).

3) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

4) Operacja aorty – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia.
Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

a) gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebytym urazem,

b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,

c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,

d) przezskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.

5) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

6) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości (np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego),

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

7) Wszczepienie zastawki serca – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.
W rozumieniu OWDU za Wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

a) operacji naprawczej,

b) rekonstrukcji zastawki,

c) plastyki zastawki,

d) walwulotomii.

8) Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.
W rozumieniu OWDU za Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),

b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,

c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,

d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

9) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.
W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granice normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,
iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,
lub
b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub
c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:
i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,
ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,
iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.
W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

10) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Całkowitej utraty mowy o podłożu psychogennym.

11) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan Całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

12) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

13) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. W rozumieniu OWDU za Łagodne guzy mózgu nie uważa się krwiaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane Łagodnym guzem mózgu.

14) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczki. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:
a) nowotworu łagodnego,
b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry
d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM, (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka ≥ 4),
e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

15) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek".

16) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania Osoba ubezpieczona musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

17) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 3)-16) powyżej i 18)-29) poniżej lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Osobę ubezpieczoną leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

18) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w Okresie ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.

19) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.

20) Wymiana zastawki serca – operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca na zastawki sztuczne lub biologiczne. Obejmuje to wymianę zastawki aortalnej, mitralnej, płucnej albo trójdzielnej na zastawki sztuczne. Jest to spowodowane stenozą albo niewydolnością tych zastawek lub wystąpieniem obu tych czynników. Wykonanie operacji wymiany zastawki serca musi zostać potwierdzone przez lekarza

specjalistę. W rozumieniu OWDU za Wymianę zastawki serca nie uważa się:
a) naprawy zastawki serca,
b) walwulotomii,
c) walwuloplastyki.
21) Paraliż – całkowita nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub choroby. Paraliż musi mieć charakter trwały.
22) Choroba Alzheimera przed 65 rokiem życia – jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera (demencja przedstarcza) przed 65 rokiem życia, musi zostać potwierdzone przez specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki Choroby Alzheimera i demencji oraz udokumentowana wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu).
23) Niedokrwistość aplastyczna – jednoznaczne rozpoznanie niewydolności szpiku kostnego potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane wynikiem biopsji szpiku kostnego. Choroba musi prowadzić do co najmniej 2 z 3 następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości i musi wymagać leczenia co najmniej jedną z poniższych metod:
a) przetoczenie produktu krwiopochodnego,
b) czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego,
c) środki immunosupresyjne,
d) przeszczep szpiku kostnego.
W rozumieniu OWDU za niedokrwistość aplastyczną nie uważa się: izolowanej aplazji linii erytropoetycznej.
24) Choroba Creutzfeldta-Jakoba – rozpoznanie musi być uznane za "prawdopodobne" zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej choroby Creutzfeldta-Jakoba:
a) postępująca demencja,
b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie móżdżku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,
c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) i/lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),
d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego – branie kąpieli/prysznica, ubieranie się, higiena osobista, mobilność, jedzenie/picie, kontrola zwieraczy – albo musi skutkować koniecznością nadzoru i stałej obecności personelu medycznego.
W rozumieniu OWDU za chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się Jatrogennej i rodzinnej postaci choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz wariantu choroby Creutzfeldta-Jakoba.
25) Piorunujące wirusowe zapalenie wątroby – ostra i podostra martwica wątroby spowodowana zapaleniem wątroby, prowadząca szybko do jej niewydolności. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę oraz wynikami badań wykazującymi spełnienie co najmniej trzech z poniższych warunków:
a) nagłe zmniejszenie się rozmiaru wątroby,
b) nagłe pogorszenie się wyników badań czynnościowych wątroby,
c) narastająca żółtaczka,
d) encefalopatia wątrobowa,
e) rozległa martwica rozpływna.
W rozumieniu OWU za piorunujące zapalenie wątroby nie uważa się nosicielstwa wirusowego zapalenia wątroby.
26) Utrata kończyn – całkowita i trwała utrata dwóch lub więcej kończyn powyżej łokcia/nadgarstka lub stawu kolanowego/skokowego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub przeprowadzenia koniecznej amputacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę.
27) Ciężki uraz głowy – Ciężki uraz głowy, powodujący zaburzenia pracy mózgu, którego rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę oraz udokumentowana typowymi wynikami badań neuroradiologicznych (np. tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu). Uraz ten musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków (ale nie przygotowywanie posiłków)) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.
28) Sepsa – Uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłaną niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę.
29) Choroba Parkinsona – jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej choroby Parkinsona (wykluczeniu podlegają wszystkie pozostałe postacie parkinsonizmu) przed 65 rokiem życia, które musi być potwierdzone przez specjalistę. Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków (ale nie przygotowywanie posiłków)) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZ1)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-9) OWDU, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej

w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZ2)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-19) OWDU, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 6. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE MAX (GPZ3)

W razie Wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia jednego z Poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3)-29) OWDU, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 7. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) lub lit. b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek poważnego zachorowania z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie miało miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Osoby ubezpieczonej wystąpiło w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku Wystąpienia u Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zawału serca, jeżeli jest to drugi lub kolejny Zawał serca w życiu Osoby ubezpieczonej w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 9) OWDU.

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

7. W przypadku Zawału serca i Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregokolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

8. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie Poważnego zachorowania w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia tego Poważnego zachorowania, to Świadczenie z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

9. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 8 powyżej Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to Świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota Świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty Świadczenia.

§ 8. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.

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

1) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

2) Operacji aorty – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

3) Przeszczepu narządu – dowody przeszczepienia,

4) Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

5) Wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

6) Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,

7) Zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym

charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
8) Całkowitej utraty mowy – opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
9) Całkowitej utraty słuchu – opinię otolaryngologa potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
10) Całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
11) Łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,
12) Nowotworu złośliwego – dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,
13) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,
14) Stwardnienia rozsianego:
a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,
b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,
15) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki,
16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:
a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,
b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,
c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,
d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi,
17) Zawodowego zakażenia wirusem HIV:
a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,
b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,
c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych,
18) Wymiany zastawki serca – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,
19) Paraliżu – dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych, zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie,
20) Choroby Alzheimera przed 65 rokiem życia – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby,
21) Niedokrwistości aplastycznej:
a) opinię lekarza hematologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby,
b) wynik morfologii krwi (liczba reticulocytów<=20000 na milimetr sześcienny, neutrofili<=500 na milimetr sześcienny, płytek krwi<=20000 na milimetr sześcienny),
c) wynik biopsji aspiracyjnej i trepanobiopsji szpiku,
22) Choroby Creutzfeldta-Jakoba – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,
23) Piorunującego wirusowego zapalenia wątroby – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,
24) Utraty kończyn – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,
25) Ciężkiego urazu głowy – opinię neurologa lub neurochirurga potwierdzającą trwałą niezdolność do wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
26) Sepsy – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,
27) Choroby Parkinsona – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania.
3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 9. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 10. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC)
BRP-5012

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC) BRP-5012

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-5012 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Hospitalizacja – udokumentowany, stacjonarny pobyt Osoby ubezpieczonej na oddziale zabiegowym Szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby ubezpieczonej.

2) Operacja chirurgiczna – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, o której mowa w pkt 4) poniżej, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Osobie ubezpieczonej, przez uprawnionego do tego, na podstawie przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym Szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium Szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w Okresie ubezpieczenia i miał na celu leczenie skutków Choroby lub następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością Hospitalizacji.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

4) Tabela operacji chirurgicznych – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 2) powyżej Operację chirurgiczną, umieszczone w § 4 OWDU, zawierające katalog Operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości Świadczeń przysługujących Osobie ubezpieczonej z tytułu Operacji chirurgicznej, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie Operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie Świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W przypadku Operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
Grupa A 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przełyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	A
12	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	A
13	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	A
14	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	A
15	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
16	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
17	Operacja naprawcza przełyku	A
18	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
19	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	A
20	Operacja szyszynki	A
21	Operacja ślimaka	A
22	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	A
23	Operacja tętniaka tętnicy mózgu(nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego)	A
24	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	A
25	Otwarcie czaszki	A
26	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	A
27	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	A
28	Otwarta walwulotomia	A
29	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	A
30	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	A
31	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	A
32	Plastyka aorty	A
33	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	A
34	Plastyka przedsionka serca	A
35	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	A
36	Plastyka zastawki trójdzielnej	A
37	Przeszczep nerwu czaszkowego	A
38	Przeszczep płuc i serca	A
39	Przeszczep płuca	A
40	Przeszczep trzustki	A
41	Przeszczep wątroby	A
42	Rekonstrukacja krtani	A
43	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
44	Rekonstrukcja opony twardej	A
45	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
46	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
47	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
48	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
49	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
50	Rewizja plastyki zastawki serca	A
51	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A
52	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	A
53	Usunięcie zmiany opony mózgu	A
54	Walwuloplastyka aortalna	A

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
55	Walwuloplastyka mitralna	A
56	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	A
57	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	A
58	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	A
59	Wszczepienie protezy kończyny	A
60	Wycięcie gardła	A
61	Wycięcie esicy	A
62	Wycięcie głowy trzustki	A
63	Wycięcie jelita czczego	A
64	Wycięcie jelita krętego	A
65	Wycięcie krtani	A
66	Wycięcie odbytnicy	A
67	Wycięcie osierdzia	A
68	Wycięcie płuca	A
69	Wycięcie przełyku i żołądka	A
70	Wycięcie przysadki mózgowej	A
71	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	A
72	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	A
73	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	A
74	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	A
75	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	A
76	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem(z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
77	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej(operacja na otwartym sercu)	A
78	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej(operacja na otwartym sercu)	A
79	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	A
80	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
81	Zespolenie omijające przełyku	A
82	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	A
Grupa B 75% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
83	Amputacja prącia	B
84	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	B
85	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	B
86	Całkowita operacyjna rekonstrukcja sutka	B
87	Całkowita rekonstrukcja sutka	B
88	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	B
89	Całkowite wycięcie nerki	B
90	Całkowite wycięcie sutka	B
91	Częściowe wycięcie żołądka	B
92	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
93	Katarakta – usunięcie obustronne	B
94	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	B
95	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
96	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
97	Lewostronna hemikolektomia	B
98	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	B
99	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
100	Otwarta koronaroplastyka	B
101	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	B
102	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	B
103	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	B
104	Plastyka tchawicy	B
105	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną	B
106	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	B
107	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	B
108	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	B
109	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	B
110	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	B

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
111	Przeszczep nerki	B
112	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	B
113	Resekcja poprzecznicy	B
114	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
115	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca	B
116	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	B
117	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	B
118	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	B
119	Wszczepienie stymulatora mózgu	B
120	Wycięcie dwunastnicy	B
121	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	B
122	Wycięcie odbytu	B
123	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	B
124	Wycięcie prostaty metodą otwartą	B
125	Wycięcie przytarczyc	B
126	Wycięcie tarczycy językowej	B
127	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	B
128	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	B
129	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	B
130	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	B
131	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	B
132	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	B
133	Zniszczenie przysadki mózgowej	B
Grupa C 50% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
134	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
135	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
136	Amputacja nosa	C
137	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	C
138	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	C
139	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	C
140	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	C
141	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	C
142	Częściowe usunięcie oskrzela	C
143	Częściowe wycięcie nerki	C
144	Częściowe wycięcie przełyku	C
145	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
146	Częściowe wycięcie wątroby	C
147	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
148	Gastrostomia	C
149	Jejunostomia	C
150	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
151	Korekcja deformacji podniebienia	C
152	Korekcja opadania powieki	C
153	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	C
154	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	C
155	Nacięcie jajowodu	C
156	Nacięcie moczowodu	C
157	Nacięcie nerki	C
158	Nacięcie okrężnicy	C
159	Nacięcie przełyku	C
160	Nacięcie przewodu żółciowego	C
161	Obustronne wycięcie jąder	C
162	Operacja aparatu przedsionkowego	C
163	Operacja ciała szklistego	C
164	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	C
165	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	C
166	Operacja dotycząca sieci	C

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
167	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
168	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
169	Operacja naprawcza gardła	C
170	Operacja naprawcza innej tętnicy	C
171	Operacja naprawcza moczowodu	C
172	Operacja naprawcza odbytu	C
173	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C
174	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C
175	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
176	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	C
177	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	C
178	Operacja przewodu limfatycznego	C
179	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
180	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
181	Operacja trąbki Eustachiusza	C
182	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	C
183	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	C
184	Operacja żylaków przełyku metodą otwartą	C
185	Operacyjna plastyka oczodołu	C
186	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
187	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
188	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
189	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości	C
190	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	C
191	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	C
192	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
193	Przeszczep mięśnia	C
194	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem	C
195	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	C
196	Przeznaczyniowa operacja aorty	C
197	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	C
198	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	C
199	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	C
200	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	C
201	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	C
202	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	C
203	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	C
204	Reimplantacja innego narządu	C
205	Reimplantacja kończyny dolnej	C
206	Reimplantacja kończyny górnej	C
207	Reimplantacja moczowodu	C
208	Rekonstrukacja kosteczek słuchowych	C
209	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
210	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
211	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
212	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
213	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	C
214	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
215	Rewizja zespolenia przełyku	C
216	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	C
217	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	C
218	Sympatektomia szyjna	C
219	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
220	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
221	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
222	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
223	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	C

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
224	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	C
225	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	C
226	Usunięcie zmiany kości	C
227	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	C
228	Usunięcie zmiany oczodołu	C
229	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	C
230	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	C
231	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	C
232	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	C
233	Usunięcie zmiany ucha środkowego	C
234	Usunięcie zmiany wątroby	C
235	Wentrykulostomia	C
236	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	C
237	Wszczepienie systemu wspomagania serca	C
238	Wycięcie cewki moczowej	C
239	Wycięcie gałki ocznej	C
240	Wycięcie grasicy	C
241	Wycięcie innej tętnicy	C
242	Wycięcie języka	C
243	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	C
244	Wycięcie moczowodu	C
245	Wycięcie nadnercza	C
246	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	C
247	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	C
248	Wycięcie tarczycy	C
249	Wycięcie żuchwy	C
250	Wyłonienie jelita ślepego	C
251	Wytworzenie ileostomii	C
252	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
253	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
254	Zamknięta walwulotomia	C
255	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
256	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	C
257	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
258	Zespolenie omijające jelita czczego	C
259	Zespolenie omijające jelita krętego	C
260	Zespolenie omijające okrężnicy	C
261	Zespolenie omijające przełyk	C
262	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	C
263	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego(nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
264	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C
Grupa D 25% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
265	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	D
266	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	D
267	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
268	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	D
269	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
270	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
271	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	D
272	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	D
273	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
274	Częściowe wycięcie jajowodu	D
275	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
276	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	D
277	Drenaż osierdzia	D
278	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego	D
279	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
280	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
281	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	D
282	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	D
283	Inny stały sposób stymulacji serca	D
284	Jednostronne wycięcie jądra	D
285	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
286	Korekcja deformacji wargi	D
287	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	D
288	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
289	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
290	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
291	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry	D
292	Nacięcie oczodołu	D
293	Nacięcie osierdzia	D
294	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	D
295	Nacięcie rogówki	D
296	Nacięcie tęczówki	D
297	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	D
298	Nacięcie twardówki	D
299	Nacięcie wątroby	D
300	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
301	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
302	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
303	Obustronne sprowadzenie jąder	D
304	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
305	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
306	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego	D
307	Operacja antyrefluksowa	D
308	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	D
309	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	D
310	Operacja kaletki maziowej	D
311	Operacja najądrza	D
312	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
313	Operacja naprawcza czaszki	D
314	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
315	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	D
316	Operacja naprawcza rogówki	D
317	Operacja pęcherzyków nasiennych	D
318	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
319	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	D
320	Operacja wodniaka jądra	D
321	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinaka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
322	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	D
323	Operacja żylaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	D
324	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
325	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	D
326	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	D
327	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
328	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
329	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
330	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
331	Plastyka nosa	D
332	Plastyka rogówki	D
333	Plastyka ucha zewnętrznego	D
334	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	D
335	Powiększenie pęcherza	D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
336	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
337	Protezowanie gałki ocznej	D
338	Protezowanie jądra	D
339	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	D
340	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	D
341	Protezowanie ścięgna	D
342	Przełożenie ścięgna	D
343	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
344	Przeszczep płata śluzówki	D
345	Przeszczep powięzi	D
346	Przeszczep śluzówki	D
347	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
348	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	D
349	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	D
350	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	D
351	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	D
352	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
353	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	D
354	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	D
355	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	D
356	Rekonstrukcja powieki	D
357	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
358	Rewizja ileostomii	D
359	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	D
360	Rewizja protezy gałki ocznej	D
361	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D
362	Rozdzielenie trzonu kości	D
363	Siatkowy autoprzeszczep skóry	D
364	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	D
365	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	D
366	Tracheostomia(nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
367	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
368	Usuniecie zmiany twardówki	D
369	Usunięcie ciała rzęskowego	D
370	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	D
371	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
372	Usunięcie moszny	D
373	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	D
374	Usunięcie zmiany jądra	D
375	Usunięcie zmiany kręgosłupa	D
376	Usunięcie zmiany powięzi	D
377	Usunięcie zmiany prącia	D
378	Uwolnienie przykurczu mięśnia	D
379	Uwolnienie ścięgna	D
380	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	D
381	Wszczepienie protezy jajowodu	D
382	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
383	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	D
384	Wycięcie hemoroidów	D
385	Wycięcie kości twarzy	D
386	Wycięcie nerwu obwodowego	D
387	Wycięcie pochewki ścięgna	D
388	Wycięcie powięzi brzucha	D
389	Wycięcie sromu	D
390	Wycięcie szyjki macicy	D
391	Wycięcie ścięgna	D
392	Wycięcie ślinianki	D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
393	Wycięcie tęczówki	D
394	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
395	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
396	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	D
397	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	D
398	Wycięcie zmiany odbytu	D
399	Wycięcie zmiany rogówki	D
400	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
401	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	D
402	Zespolenie przewodu trzustkowego	D
403	Zespolenie przewodu wątrobowego	D
404	Zespolenie tętniczo-żylne	D
405	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	D
406	Zmiana długości ścięgna	D
407	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
408	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
Grupa E 12,5% sumy Ubezpieczenia dodatkowego		
409	Amputacja palucha	E
410	Częściowe wycięcie jajnika	E
411	Częściowe wycięcie wargi	E
412	Drenaż kości	E
413	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
414	Drenaż przez okolicę krocza	E
415	Drenaż ucha środkowego	E
416	Drenaż ucha zewnętrznego	E
417	Drenaż węzła chłonnego	E
418	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	E
419	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	E
420	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	E
421	Endoskopowe usunięcie zmiany okrężnicy	E
422	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
423	Korekcja deformacji powieki	E
424	Korekcja deformacji podniebienia	E
425	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
426	Nacięcie gruczołu ślinowego	E
427	Nacięcie języka	E
428	Nacięcie kanału pochwy	E
429	Nacięcie powieki	E
430	Nacięcie spojówki	E
431	Nacięcie sutka	E
432	Nacięcie torebki soczewki oka	E
433	Nacięcie zrostów pochwy	E
434	Ochronne zeszycie szpary powiekowej	E
435	Operacja brodawki sutkowej	E
436	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
437	Operacja dotycząca pępka	E
438	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	E
439	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	E
440	Operacja gruczołu Bartholina	E
441	Operacja innego więzadła macicy	E
442	Operacja kanału łzowego	E
443	Operacja łechtaczki	E
444	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	E
445	Operacja na przewodach mlekonośnych sutka	E
446	Operacja napletka	E
447	Operacja naprawcza jajnika	E
448	Operacja naprawcza pochwy	E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
449	Operacja naprawcza spojówki	E
450	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
451	Operacja nerki przez nefrostomię	E
452	Operacja nosa zewnętrznego	E
453	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	E
454	Operacja plastyczna pochwy	E
455	Operacja plastyczna prącia	E
456	Operacja przegrody nosa	E
457	Operacja struktur okołostawowych palucha	E
458	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego	E
459	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	E
460	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	E
461	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
462	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
463	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
464	Operacja więzadła szerokiego macicy	E
465	Operacja zatoki czołowej	E
466	Operacja zatoki klinowej	E
467	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
468	Operacja żylaków powrózka nasiennego	E
469	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	E
470	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
471	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	E
472	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	E
473	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	E
474	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
475	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	E
476	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
477	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	E
478	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
479	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
480	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
481	Plastyka przepukliny pępkowej	E
482	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
483	Plastyka sklepienia pochwy	E
484	Podwiązanie przewodu ślinowego	E
485	Poszerzenie przewodu ślinowego	E
486	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	E
487	Protezowanie prącia	E
488	Przecięcie osierdzia	E
489	Przeszczepienie przewodu ślinowego	E
490	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	E
491	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	E
492	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	E
493	Rozdzielenie kości stopy	E
494	Rozdzielenie żuchwy	E
495	Stabilizacja żuchwy	E
496	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
497	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	E
498	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	E
499	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	E
500	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	E
501	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	E
502	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	E
503	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	E
504	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	E
505	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
506	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
507	Usuniecie zmiany ucha zewnętrznego	E
508	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	E
509	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	E
510	Usunięcie zmiany języka	E
511	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	E
512	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	E
513	Usunięcie zmiany pochwy	E
514	Usunięcie zmiany podniebienia	E
515	Usunięcie zmiany powieki	E
516	Usunięcie zmiany spojówki	E
517	Usunięcie zmiany ślinianki	E
518	Usunięcie zmiany wargi	E
519	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	E
520	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	E
521	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	E
522	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
523	Uwolnienie przykurczu stawu	E
524	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
525	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
526	Wyciąg szkieletowy kości	E
527	Wycięcie ciała rzęskowego	E
528	Wycięcie kości ektopowej	E
529	Wycięcie mięśnia	E
530	Wycięcie migdałków podniebiennych	E
531	Wycięcie nadmiaru powieki	E
532	Wycięcie nasieniowodu	E
533	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	E
534	Wycięcie pochwy	E
535	Wycięcie zmiany otrzewnej	E
536	Wycięcie zmiany sromu	E
537	Wycięcie zmiany szyjki macicy	E
538	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
539	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	E
540	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
541	Zniszczenie zmian wątrobowych przeznaczyniowo	E

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek operacji chirurgicznej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile w zakresie danego rodzaju operacji chirurgicznej był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna Osoby ubezpieczonej miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub była skutkiem Choroby, której pierwsze objawy

wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana przed dniem początku Okresu ubezpieczenia,
2) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
3) leczeniem lub Operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością,
4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż Operacja chirurgiczna.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Operacja chirurgiczna została wykonana w:
1) szpitalu psychiatrycznym,
2) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
3) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
4) hospicjum,
5) domu opieki,
6) ośrodku wypoczynkowym,
7) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
5. W przypadku Operacji chirurgicznej mającej miejsce w Szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli ta Operacja chirurgiczna miała miejsce w 31 dniu lub kolejnych dniach nieprzerwanej Hospitalizacji Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio Szpitalu, ośrodku lub oddziale.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego w każdym kolejnym Roku Okresu ubezpieczenia, niezależnie od ilości Operacji chirurgicznych mających miejsce w tym Roku Okresu ubezpieczenia.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w § 4 OWDU ograniczona jest do jednorazowej wypłaty Świadczenia z tytułu tej Operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych Operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Osoby ubezpieczonej ponownie tej samej Operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
8. W przypadku drugiej lub kolejnej Operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta Operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z Operacją chirurgiczną, która miała miejsce w Okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło Świadczenie.
9. W przypadku dwóch lub więcej Operacji chirurgicznych mających miejsce w czasie jednej Hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego Świadczenia za Operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe Świadczenie.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę leczenia szpitalnego.
3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:
1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
2) wartości procentowe określone w Tabeli operacji chirurgicznych.
4. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli operacji chirurgicznych przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat w zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej Operację chirurgiczną w następstwie Choroby.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)
BRP-5112

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)
BRP-5112

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance o symbolu BRP-5112 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.
2. OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczpospolitej Polskiej.
3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może dotyczyć tylko jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzonego w Polisie:
1) wariantu standardowego,
2) wariantu plus,
3) wariantu VIP.
Zakres Świadczeń każdego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej określono w załączniku do OWDU.
4. Świadczenia assistance realizowane są przez Centrum operacyjne.
5. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:
1) Centrum operacyjne – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji Świadczeń określonych w OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie ubezpieczonej, w przypadku zajścia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzeń ubezpieczeniowych.
2) Choroba – potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego.
3) Choroba przewlekła – choroba, wymagająca z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej stosowania leczenia lub stałej kontroli lekarskiej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.
4) Choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.
5) Dziecko – dziecko własne Osoby ubezpieczonej lub przez nią przysposobione, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia.
6) Hospitalizacja – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w Szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby ubezpieczonej. Każdy rozpoczęty dzień hospitalizacji uważa się za pełny.
7) Inwalidztwo – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną, utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS, tj. orzeczono niezdolność do pracy na okres do 5 lat lub dłuższy niż 5 lat.
8) Lekarz uprawniony – lekarz konsultant Centrum operacyjnego.
9) Małżonek – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
10) Miejsce zamieszkania – wspólne miejsce stałego pobytu Osoby ubezpieczonej, Małżonka oraz Dziecka na terenie Polski, wskazane przez Osobę ubezpieczoną, przy czym w przypadku zmiany miejsca stałego pobytu, Osoba ubezpieczona jest zobowiązana do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.
11) Placówka medyczna – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
12) Osoba niesamodzielna – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Osoby ubezpieczonej, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.
13) Pogorszenie się stanu zdrowia – zdiagnozowanie u Osoby ubezpieczonej Choroby lub doznanie przez nią Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku bądź zdiagnozowanie u Małżonka, Dziecka lub Rodzica Choroby lub doznanie przez nich Urazu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
14) Pomoc domowa – Świadczenie Pomocy domowej polega na:
a) utrzymaniu czystości w domu, tj.:
i) sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro,
ii) ścieraniu kurzy z mebli i parapetów,
iii) odkurzaniu dywanów lub wykładzin, czyszczeniu ceramiki łazienkowej,
iv) czyszczeniu wanny lub kabiny prysznicowej wraz z ewentualnym brodzikiem, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu,
v) czyszczeniu płyty kuchennej,
b) przygotowaniu posiłków,
c) robieniu zakupów niezbędnych do realizacji czynności określonych w lit. a) i b) powyżej,
d) podlewaniu kwiatów,
e) wyrzuceniu śmieci, przy użyciu środków lub sprzętów udostępnionych przez Osobę ubezpieczoną.
15) Rodzic – naturalny ojciec lub naturalna matka Osoby ubezpieczonej lub Małżonka lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Osoby ubezpieczonej lub Małżonka. Za Rodzica uważa się również ojczyma lub macochę Osoby ubezpieczonej lub Małżonka, jeżeli w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Osoby ubezpieczonej lub Małżonka.
16) Sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
17) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Chorwacja, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.
18) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte

odpowiedzialnością Towarzystwa, w ramach Ubezpieczenia dodatkowego, zawartego na podstawie OWDU, polegające na:
a) Pogorszeniu się stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej,
b) wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej Pogorszenia się stanu zdrowia Małżonka, Dziecka lub Rodzica Osoby ubezpieczonej,
c) w przypadku Świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2) OWDU, za Zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5 OWDU.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA
Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej oraz wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA
1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Świadczenia:
1) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Osobie ubezpieczonej w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej,
3) zdrowotne usługi informacyjne,
4) infolinia „Baby assistance",
5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku Inwalidztwa,
6) Świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Osobie ubezpieczonej w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pogorszenia się stanu zdrowia Rodzica.
2. Towarzystwo spełni odpowiednie Świadczenie wskazane w ust. 1 powyżej, jedynie w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie:
1) Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły w Okresie ubezpieczenia lub Choroba została po raz pierwszy zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub
2) Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia, wskazanego § 1 ust. 3 OWDU, wybranego przez Ubezpieczającego i wskazanego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, potwierdzonego Polisą. Świadczenia przysługujące w ramach danego wariantu ubezpieczenia oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w załączniku do OWDU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
4. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) powyżej, Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 3 powyżej, z zastrzeżeniem że usługi wymienione w pkt 1)-11) poniżej świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł w ramach jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
1) wizyta lekarza po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci:
a) organizacji i pokrycia kosztów wizyt lekarza pierwszego kontaktu dla odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka w Placówce medycznej, albo
b) w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do Miejsca zamieszkania.
2) wizyta lekarza specjalisty po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci:
a) organizacji i pokrycia kosztów wizyt lekarskich odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka, w specjalistycznej Placówce medycznej, albo
b) organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do Miejsca zamieszkania.
3) wizyta pielęgniarki po Nieszczęśliwym wypadku – w przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do Miejsca zamieszkania, o ile w wyniku Nieszczęśliwego wypadku okres Hospitalizacji odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka trwał co najmniej 6 dni.
4) dostarczenie do Miejsca zamieszkania leków przepisanych przez lekarza – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza dla odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka, do Miejsca zamieszkania, o ile w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia.
5) organizacja procesu rehabilitacyjnego – w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci:
a) organizacji oraz pokrycia kosztów wizyt fizykoterapeuty dla odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka, w Miejscu zamieszkania, albo
b) organizacji i pokrycia kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej dla odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka. Przez poradnie rehabilitacyjną należy rozumieć taką Placówkę medyczną wskazaną przez Centrum operacyjne, w której Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko ma możliwość skorzystania z usług fizykoterapeuty.
6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać Sprzętu rehabilitacyjnego w Miejscu zamieszkania, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci udzielenia informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących Sprzęt rehabilitacyjny oraz zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca zamieszkania.
7) transport medyczny z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka będzie wymagał pobytu w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci zorganizowania transportu medycznego odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka z Miejsca zamieszkania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego.
8) transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania – w przypadku, gdy w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko przebywają w Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio: Osoby ubezpieczonej,

Małżonka lub Dziecka z Placówki Medycznej do Miejsca zamieszkania.
9) transport medyczny z Placówki medycznej do Placówki medycznej – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub gdy odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci organizacji transportu medycznego odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka do Placówki medycznej, wskazanej przez Osobę ubezpieczoną.
10) opieka nad Dziećmi i Osobami niesamodzielnymi – jeżeli na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio: Osoba ubezpieczona lub Małżonek przebywa w Szpitalu, Towarzystwo spełni Świadczenia na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci organizacji i pokryciu kosztów opieki nad Dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi w Miejscu zamieszkania.
11) Pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli w następstwie Zdarzenia ubezpieczeniowego okres Hospitalizacji odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka trwał dłużej niż 7 dni, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci organizacji i pokrycia kosztów Pomocy domowej po zakończonej Hospitalizacji odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka, jeżeli odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.
5. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2) powyżej, Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji z psychologiem odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka, w przypadku wystąpienia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:
1) zgon Małżonka Osoby ubezpieczonej,
2) zgon Dziecka Osoby ubezpieczonej,
3) zgon Rodzica,
4) wystąpienie u Osoby ubezpieczonej poważnego zachorowania. Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na Zdarzenie ubezpieczeniowe.
6. Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego przekroczy kwotowy limit kosztów określony w OWDU, usługa może być wykonana przez Centrum operacyjne, o ile Osoba ubezpieczona wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.
7. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3 powyżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio: Osobie ubezpieczonej, Małżonkowi lub Dziecku, na następujące tematy:
1) państwowe i prywatne placówki służby zdrowia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, do których doszło poza Miejscem zamieszkania,
2) działanie leków, skutki uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży,
3) Placówki medyczne prowadzące zabiegi rehabilitacyjne,
4) placówki handlowe oferujące Sprzęt rehabilitacyjny,
5) informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych,
6) dieta i zdrowe odżywianie.
8. Ponadto w ramach Świadczenia, o którym mowa ust. 7 powyżej, Towarzystwo gwarantuje dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli odpowiednio: Osobie Ubezpieczonej, Małżonkowi lub Dziecku ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.
9. W ramach Świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4) powyżej, w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci udzielenia informacji odpowiednio: Osobie ubezpieczonej, Małżonkowi lub Dziecku, na następujące tematy:
1) objawy ciąży,
2) badania prenatalne,
3) wskazówki w zakresie przygotowania się do porodu,
4) szkoły rodzenia,
5) pielęgnacja w czasie ciąży i po porodzie,
6) karmienie i pielęgnacja noworodka,
7) obowiązkowe szczepienia dzieci.
10. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 5) powyżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci organizacji i przystosowania dla niej lub odpowiednio: dla Małżonka lub dla Dziecka, miejsca pracy, tj. modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania, jeżeli w wyniku Nieszczęśliwego wypadku doznali Inwalidztwa. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Osobę ubezpieczoną.
11. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych w życiu Osoby ubezpieczonej w postaci Pogorszenia się stanu zdrowia Rodzica, Osobie ubezpieczonej przysługują wyłącznie Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 6) powyżej. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci organizacji poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
1) Pomoc domową oraz pielęgniarską – zorganizowanie i pokrycie kosztów Pomocy domowej po zakończeniu Hospitalizacji Rodzica, trwającej powyżej 5 dni. Towarzystwo pokrywa koszty Pomocy domowej oraz pielęgniarskiej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
2) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną, która odbędzie się w ciągu 1 roku po Hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W ramach usługi organizowany jest transport na wizytę kontrolną i transport powrotny,
3) infolinię medyczną – dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem uprawnionym, który, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w OWDU i ponadto nie obejmuje:
1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,

2) Świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
3) kosztów poniesionych przez Osobę ubezpieczoną bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5 OWDU,
4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
5) kosztów wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie),
6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
a) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych zarówno bez uzgodnienia z Centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z Centrum operacyjnym, helioterapii,
b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu,
c) Chorób psychicznych,
d) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
e) zawodowego, amatorskiego lub rekreacyjnego uprawiana: sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału odpowiednio: Osoby ubezpieczonej, Małżonka lub Dziecka w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
g) poddania się leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
h) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
i) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
j) Chorób przewlekłych (nie dotyczy usług wymienionych w § 4 ust. 11 OWDU).

2. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub w związku z Pozostawaniem przez odpowiednio: Osobę ubezpieczoną, Małżonka lub Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek lub Dziecko odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawała pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Osoba ubezpieczona jest zobowiązana, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z Centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
1) imię i nazwisko,
2) adres zamieszkania,
3) numer Polisy,
4) Okres ubezpieczenia,
5) krótki opis Zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy,
6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Osoba ubezpieczona jest zobowiązana na wniosek Centrum operacyjnego do dostarczenia dodatkowych dokumentów, o ile są one niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
4. W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona, nie wypełni obowiązków określonych w ust. 1 – 3 powyżej, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia Świadczenia.
5. W sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Osoba ubezpieczona nie mogła skontaktować się z Centrum operacyjnym i w związku z tym sama pokryła koszty Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zwróci Osobie ubezpieczonej poniesione przez nią koszty, ale w wysokości nie wyższej niż w przypadku spełnienia określonych Świadczeń przez Towarzystwo. Postanowienia, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pod warunkiem że Osoba ubezpieczona skontaktuje się z Centrum operacyjnym w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia ustania przyczyny uniemożliwiającej skontaktowania się z Centrum operacyjnym.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek Pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń assistance oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne Świadczenia:

Lp.	Zakres świadczeń	Wariant standardowy	Wariant plus	Wariant VIP
1	wizyta lekarza po nieszczęśliwym wypadku	1 200 zł	1 500 zł	1 500 zł
2	wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku	-	1 500 zł	1 500 zł
3	wizyta pielęgniarki po nieszczęśliwym wypadku	1 200 zł	1 500 zł	1 500 zł
4	dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza	200 zł	200 zł	200 zł
5	a) wizyta rehabilitanta w domu	500 zł	500 zł	500 zł
	b) wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł	500 zł	500 zł
6	a) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
	b) transport sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
7	transport medyczny do placówki medycznej	1 200 zł	1 500 zł	1 500 zł
8	transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu	1 200 zł	1 500 zł	1 500 zł
9	transport medyczny między placówkami medycznymi	1 200 zł	1 500 zł	1 500 zł
10	opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	600 zł	600 zł	600 zł
11	pomoc domowa po hospitalizacji	400 zł	400 zł	400 zł
12	pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	-	500 zł	500 zł
13	zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
14	infolinia „Baby assistance”	bez limitu	bez limitu	bez limitu
15	pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku	tylko organizacja	tylko organizacja	tylko organizacja
16	a) pomoc domowa po hospitalizacji dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	500 zł
	b) transport medyczny na wizytę kontrolną dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	1/rok
	c) infolinia medyczna i zdrowotne usługi informacyjne dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	bez limitu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE) BRP-5212

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE) BRP-5212

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy o symbolu BRP-5212 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczpospolitej Polskiej.

3. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU, może nastąpić tylko w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w wariancie Plus lub VIP.

4. Zakres świadczeń assistance określono w załączniku do OWDU.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają.

1) Centrum pomocy – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie ubezpieczonej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2) Data wypowiedzenia umowy o pracę – data wręczenia wypowiedzenia umowy o pracę.

3) Małżonek – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4) Pracodawca – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Osobą ubezpieczoną lub Małżonkiem Osoby ubezpieczonej umowę o pracę na czas nieokreślony.

5) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, polegające na pogorszeniu się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy przez Osobę ubezpieczoną lub w okolicznościach utraty pracy przez Małżonka tj. w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę złożonemu Osobie ubezpieczonej lub złożonemu Małżonkowi, z przyczyn niedotyczących Osoby ubezpieczonej lub Małżonka, na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2003 r., Nr 90, poz. 844, z póź. zm.), w Okresie ubezpieczenia.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej oraz wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Świadczenia:

1) pomoc psychologa po utracie pracy – Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci organizacji i pokrycia kosztów konsultacji Osoby ubezpieczonej z psychologiem lub konsultacji Małżonka z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Centrum pomocy z Osobą ubezpieczoną przy zachowaniu postanowień § 5 OWDU. Pomoc psychologa obejmuje:

a) wywiad i diagnozę psychologiczną,

b) interwencję kryzysową,

c) udzielenie porad i wskazówek w zakresie radzenia sobie ze stresem,

d) inne porady i wskazówki w zależności od stanu emocjonalnego, ewentualnie skierowanie do dalszej opieki psychologa lub psychiatry.

2) usługi informacyjne – Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci udzielenia informacji Osobie ubezpieczonej lub Małżonkowi, dotyczących możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

3) pakiet informacyjny – Towarzystwo spełni na rzecz Osoby ubezpieczonej Świadczenie w postaci przesłania do Osoby ubezpieczonej lub do Małżonka, drogą elektroniczną, na wskazany przez nich adres poczty elektroniczny, zestawu materiałów informacyjnych określonych w załączniku do OWDU. Pakiet informacyjny zostanie dostarczony przez Centrum pomocy w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Osobę ubezpieczoną do Centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, umowy o pracę na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2003 r., Nr 90, poz. 844, z póź. zm).

4) informacja telefoniczna – Towarzystwo spełni Świadczenie na rzecz Osoby ubezpieczonej w postaci przyznania telefonicznego i całodobowego dostępu do informacji określonych w załączniku do OWDU.

2. Świadczenia przysługujące w ramach Ubezpieczenia dodatkowego są spełniane do wysokości kwotowych limitów kosztów, wyrażonych w polskich złotych, określonych w załączniku do OWDU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje Świadczeń wymienionych w ust. 1, spełnianych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

§ 5. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 3 miesiące i ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku Zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się

telefonicznie z Centrum pomocy czynnym przez całą dobę, podając następujące dane:
1) imię i nazwisko,
2) adres zamieszkania Osoby ubezpieczonej,
3) numer Polisy,
4) Okres ubezpieczenia,
5) datę oraz opis zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
6) numer telefonu do skontaktowania się z odpowiednio Osobą ubezpieczoną lub Małżonkiem Osoby ubezpieczonej,
7) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

2. Osoba ubezpieczona powinna w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę na podstawie ustawy dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2003 r., Nr 90, poz. 844, z póź. zm.), umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu, przesłać do Centrum pomocy kopię tego oświadczenia.

3. W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona nie wypełnią obowiązków określonych w § 6 ust. 1 i 2 OWDU, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) upływu 6-ego miesiąca od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń Assistance w okolicznościach utraty pracy oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia:

Lp.	Zakres świadczeń	
1	pomoc psychologa po utracie pracy	150 zł
2	usługi informacyjne dotyczące korzystania z poradni zdrowia psychicznego	bez limitu
3	pakiet informacyjny, zawierający: a) instrukcje dotyczące pisania CV (Curriculum Vitae) wraz ze wzorem CV; b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego wraz ze wzorem listu motywacyjnego; c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu.	bez limitu
4	Informacja telefoniczna, dotycząca: a) odpraw pieniężnych, przysługujących Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy; b) świadczeń przedemerytalnych; c) praw i obowiązków bezrobotnych; d) rejestracji w urzędzie pracy; e) sposobu ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych; f) innych form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym; g) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy, oferujących pracę na terenie Rzeczpospolitej Polskiej oraz poza jej granicami; h) dokumentów i procedur, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.	bez limitu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW)
BRP-5312

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW)
BRP-5312

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka o symbolu BRP-5312 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci małżonka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 ust. 1 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,

2) kartę zgonu Małżonka, z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN)
BRP-5412

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN) BRP-5412

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-5412 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Małżonka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

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

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

2) śmierć Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Małżonka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,

2) kartę zgonu Małżonka z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTUM)
BRP-5612

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTUM)
BRP-5612

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-5612 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:.

1) Małżonek Osoby ubezpieczonej – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u Małżonka Osoby ubezpieczonej trwałe, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Małżonka Osoby Ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka Osoby Ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

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

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

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w Okresie ubezpieczenia,

3) Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa § 14 OWU.

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

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu małżeństwa,

2) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

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

3. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

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

wysokości bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

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

6. Przy ustalaniu stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Małżonka Osoby ubezpieczonej.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka Osoby Ubezpieczonej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA (GPZM1, GPZM2)
BRP-5712

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 4, § 5, § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 6

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA WARIANT STANDARDOWY (GPZM1), WARIANT PLUS (GPZM2) BRP-5712

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka o symbolu BRP-5712 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZM1) określonego w § 4 OWDU, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 4)-10) OWDU, albo

2) wariantu plus (GPZM2) określonego w § 5 OWDU, obejmującego Poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 4)-20) OWDU.

3. Postanowienia OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2 powyżej, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek Osoby ubezpieczonej – osoba pozostająca w dniu Wystąpienia Poważnego zachorowania z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) Wystąpienie Poważnego zachorowania – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

3) Poważne zachorowanie – wystąpienie w zdrowiu Małżonka Osoby ubezpieczonej któregokolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 4)-10), dla wariantu plus w pkt 4)-20).

4) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

5) Operacja aorty – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

a) gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebytym urazem,

b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,

c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,

d) przezskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.

6) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

7) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub zawał tkanki mózgowej. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. W rozumieniu OWDU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości (np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego),

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

8) Wszczepienie zastawki serca – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. W rozumieniu OWDU za Wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

a) operacji naprawczej,

b) rekonstrukcji zastawki,

c) plastyki zastawki,

d) walwulotomii.

9) Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych. W rozumieniu OWDU za Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),

b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,

c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,

d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

10) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną

granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:
i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),
ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG,
iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,
lub
b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub
c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:
i) z nowymi patologicznymi załamkami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,
ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,
iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.
W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

11) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan Całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku utraty mowy o podłożu psychogennym.

12) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan Całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

13) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

14) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. W rozumieniu OWDU za Łagodne guzy mózgu nie uważa się krwiaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane Łagodnym guzem mózgu.

15) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:
a) nowotworu łagodnego,
b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,
d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM, (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka > 4)),
e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,
h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

16) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek".

17) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania Małżonek Osoby ubezpieczonej musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

18) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 4)-17) i 19)-20) lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Małżonka Osoby ubezpieczonej leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

19) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Małżonek Osoby ubezpieczonej jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

20) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Małżonek Osoby ubezpieczonej jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Małżonka Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZM1)

W razie Wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci jednego z Poważnych zachorowań Małżonka Osoby ubezpieczonej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4)-10) OWDU, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZM2)

W razie Wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci jednego z Poważnych zachorowań Małżonka Osoby ubezpieczonej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4)-20) OWDU, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1 lit. a) lub b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek poważnego zachorowania małżonka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka Osoby ubezpieczonej miało miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka Osoby ubezpieczonej wystąpiło w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zawału serca, jeżeli jest to drugi lub kolejny Zawał serca w życiu Małżonka Osoby ubezpieczonej w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 10) OWDU.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego Poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań w obrębie tego samego Poważnego zachorowania.

W przypadku Wystąpienia u Małżonka Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

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

7. W przypadku Zawału serca i Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych Poważnych zachorowań. Wystąpienie któregokolwiek z tych Poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w dniu Wystąpienia poważnego zachorowania Małżonek Osoby ubezpieczonej miał ukończone 65 lat.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz w przypadku:

1) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

2) Operacji aorty – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

3) Przeszczepu narządu – dowody przeszczepienia,

4) Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

5) Wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

6) Zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,

7) Zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej

standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
8) Całkowitej utraty mowy – opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
9) Całkowitej utraty słuchu – opinię otolaryngologa potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
10) Całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowity i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,
11) Łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,
12) Nowotworu złośliwego – dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,
13) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,
14) Stwardnienia rozsianego:
a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,
b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,
15) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki,
16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:
a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,
b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,
c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi, prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi.
17) Zawodowego zakażenia wirusem HIV:
a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anty-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,
b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,
c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.
3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Małżonka Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa na we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA ORAZ NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA (GUD)
BRP-5812

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA ORAZ NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA (GUD)
BRP-5812

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-5812 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Urodzenie się dziecka – urodzenie się żywego dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Osobę ubezpieczoną dziecka w wieku do lat 5, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

2) Urodzenie się martwego noworodka – urodzenie się martwego dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia z adnotacją „dziecko martwo urodzone".

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka lub Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego noworodka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia się dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego noworodka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości podwójnej sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Urodzenia się martwego noworodka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Urodzenia się dziecka oraz na wypadek Urodzenia się martwego noworodka Karencja ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej i wynosi:

1) 9 miesięcy – w przypadku Urodzenia się dziecka,

2) 1 miesiąc – w przypadku Urodzenia się martwego noworodka.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) i 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) i 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek odpowiednio: urodzenia się dziecka lub urodzenia się martwego noworodka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka – w przypadku Urodzenia się dziecka,

2) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka z adnotacją „dziecko martwo urodzone" oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) matki dziecka z informacją o wieku ciąży – w przypadku Urodzenia się martwego noworodka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA (GOD)
BRP-5912

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA (GOD)
BRP-5912

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka o symbolu BRP-5912 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko Osoby ubezpieczonej – własne biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, którego wiek w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej wynosi nie więcej niż 25 lat.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia powodującej osierocenie Dziecka Osoby ubezpieczonej, Towarzystwo wypłaci każdemu osieroconemu Dziecku Osoby ubezpieczonej, Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej powodującej osierocenie Dziecka Osoby ubezpieczonej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek osierocenia dziecka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej powodująca osierocenie Dziecka Osoby ubezpieczonej nastąpiła w dniu śmierci Dziecka Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA (GZD)
BRP-6012

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA (GZD)
BRP-6012

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka o symbolu BRP-6012 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.
2. Do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, o ile OWDU nie stanowią inaczej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:
1) Dziecko – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Osoby ubezpieczonej, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej, otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:
1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:
a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo
b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,
2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,
3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,
4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,
3. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek śmierci dziecka z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 ust. 1 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu danego Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,
2) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka,
3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN)
BRP-6112

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN) BRP-6112

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-6112 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko – dziecko biologiczne własne, przysposobione lub pasierb Osoby ubezpieczonej, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono nie więcej niż 25 lat.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Dziecka, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

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

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

2) śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) śmierć Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,

2) odpis skrócony aktu zgonu Dziecka,

3) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu Dziecka (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA (GZR)
BRP-6312

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA (GZR)
BRP-6312

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia o symbolu BRP-6312 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Rodzic – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Osoby ubezpieczonej. Za Rodzica w rozumieniu OWDU uważa się również osobę, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem biologicznym lub matką biologiczną Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Osoby ubezpieczonej.

2) Teść – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka Osoby ubezpieczonej. Za Teścia w rozumieniu OWDU uważa się również osobę, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem biologicznym lub matką biologiczną Małżonka Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka Osoby ubezpieczonej.

3) Małżonek Osoby ubezpieczonej – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci śmierci Rodzica lub śmierci Teścia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Rodzica, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Rodzica, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Teścia, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień śmierci Teścia, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonym w Polisie, albo

b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

3) Osoby ubezpieczonej nie będącej Pracownikiem,

4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek odpowiednio: śmierci rodzica lub śmierci teścia z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia miała miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 ust. 1 OWU. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

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

1) wypis z dokumentu tożsamości Osoby ubezpieczonej lub odpowiednio Małżonka Osoby ubezpieczonej, (dostępny na stronie internetowej Towarzystwa),

2) odpis skrócony aktu zgonu Rodzica lub odpowiednio Teścia,

3) odpis skrócony aktu zawarcia małżeństwa przez Osobę ubezpieczoną i Małżonka Osoby ubezpieczonej (w przypadku śmierci Teścia), wystawiony nie wcześniej niż na dzień śmierci Teścia lub oświadczenie Osoby ubezpieczonej i Małżonka Osoby ubezpieczonej o pozostawaniu na dzień śmierci Teścia w związku małżeńskim,

4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu Rodzica lub Teścia (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ (GLCN)
BRP-0116

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ (GLCN) BRP-0116

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia choroby nowotworowej o symbolu BRP-0116 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Leczenie Choroby nowotworowej – obejmuje zastosowanie po raz pierwszy w danym Roku okresu ubezpieczenia Ubezpieczenia dodatkowego wobec Osoby ubezpieczonej którejkolwiek z metod leczenia określonych w pkt 2) – 4) poniżej pod warunkiem, że ich zastosowanie wystąpiło po upływie 3 miesięcy od dnia początku Okresu ubezpieczenia. Za zastosowanie którejkolwiek z metod leczenia określonych w pkt 2) – 4) poniżej, o którym mowa w zdaniu poprzednim uznaje się Zastosowanie Leczenia Choroby nowotworowej.

2) Chemioterapia – metoda ogólnoustrojowego leczenia Chorób nowotworowych za pomocą leków cytostatycznych. W rozumieniu niniejszej definicji ochroną ubezpieczeniową objęte jest pierwsze zlecone przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu danego Osoby ubezpieczonej chemioterapii, w celu: wyleczenia; wydłużenia przeżycia, ale bez możliwości całkowitego wyleczenia lub jako leczenie paliatywne (łagodzące objawy Choroby nowotworowej).

3) Radioterapia – metoda leczenia Chorób nowotworowych oraz łagodzenia bólu związanego z rozsianym procesem nowotworowym z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. W rozumieniu niniejszej definicji ochroną ubezpieczeniową objęte jest pierwsze zlecone przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu danej Osoby ubezpieczonej jednej z następujących form radioterapii: radioterapia radykalna (mająca na celu napromieniowanie guza lub jego okolicy w celu jego zniszczenia); radioterapia paliatywna (mająca na łagodzenie bólu spowodowanego Chorobą nowotworową w przypadku gdy wyleczenie pacjenta jest już niemożliwe); radioterapia objawowa (mająca na celu zmniejszenie dolegliwości bólowych spowodowanych przerzutami).

4) Operacja onkologiczna – metoda leczenia Chorób nowotworowych oraz łagodzenia bólu związanego z rozsianym procesem nowotworowym z wykorzystaniem zabiegu operacyjnego. W rozumieniu niniejszej definicji ochroną ubezpieczeniową objęte jest pierwsze zlecone przez lekarza onkologa zastosowanie w leczeniu danej Osoby ubezpieczonej jednej z następujących form operacji: operacja radykalna (zabieg mający na celu całkowite wyleczenie choroby, najczęściej polegający na szerokim wycięciu narządów, bądź dużej części pojedynczego narządu); operacja paliatywna (mająca na celu łagodzenie dolegliwości bólowych i poprawę stanu chorego, nie usuwająca właściwej przyczyny dolegliwości). Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji zwiadowczych.

5) Choroba nowotworowa (Nowotwór złośliwy) – Choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis), np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawno komórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania TIa wg klasyfikacji TNM (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm; (stopień zaawansowania wg Clarka > 4),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

6) Zastosowanie Leczenia Choroby nowotworowej – obejmuje w Okresie ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego:

a) podanie pierwszej dawki leku – w przypadku Chemioterapii,

b) podanie pierwszej dawki promieniowania jonizującego w przypadku Radioterapii,

c) przeprowadzenie operacji radykalnej lub operacji paliatywnej – w przypadku Operacji onkologicznej.

7) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium następujących państw: Norwegia, Szwajcaria, Lichtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Leczenia Choroby nowotworowej Osoby ubezpieczonej, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej w dniu Zastosowania Leczenia Choroby nowotworowej, z zastrzeżeniem postanowień OWDU.

2. Towarzystwo wypłaci Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej pod warunkiem, że Leczenie Choroby nowotworowej miało miejsce w Szpitalu.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego nie mają zastosowania postanowienia OWU dotyczące Karencji.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Leczenia Choroby nowotworowej w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – Leczenie Choroby nowotworowej w ciągu 3 miesięcy od dnia początku Okresu ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie Choroby nowotworowej Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w ramach danego Roku okresu ubezpieczenia Ubezpieczenia dodatkowego do wyłącznie jednego Świadczenia niezależnie od liczby zastosowanych Leczeń Choroby nowotworowej w ramach tego samego Leczenia Choroby nowotworowej. W przypadku wystąpienia u Osoby ubezpieczonej ponownie w danym Roku okresu ubezpieczenia Ubezpieczenia dodatkowego tego samego Leczenia Choroby nowotworowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W razie jednoczesnego zastosowania w danym Roku okresu ubezpieczenia Ubezpieczenia dodatkowego Radioterapii lub Operacji onkologicznej lub Chemioterapii Towarzystwo wypłaci tylko jedno Świadczenie.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do wypłaty Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3 – 4 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) oraz dokumentację medyczną potwierdzającą Zastosowanie Leczenia Choroby nowotworowej.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/02/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15 lutego 2016 r. wchodzą w życie z dniem 15 lutego 2016 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 marca 2016 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOP1) BRP-3118

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOP1)
BRP-3118

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3118 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwana dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego,

d) pobytu w szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

1) z zastrzeżeniem § 5 ust. 8 OWDU, Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w przypadku Pobytu Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Choroby okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej niebędącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,

2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby miał miejsce z tych samych przyczyn, wskazanych w § 14 ust. 1 OWU, które wyłączają odpowiedzialność Towarzystwa za śmierć Osoby ubezpieczonej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

4. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby miał miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby:
1) miał miejsce w:
a) szpitalu psychiatrycznym,
b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
d) hospicjum,
e) domu opieki,
f) ośrodku wypoczynkowym,
g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
2) nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
a) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej,
b) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego,
c) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącym chorobą zawodową,
d) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
e) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
f) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
g) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
h) leczeniem niepłodności,
i) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
– zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka,
– poród miał przebieg patologiczny,
– nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
j) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, jeżeli przyczyną ich wykonania nie jest Choroba,
k) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
7. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
8. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby określoną odpowiednio w ust. 6 lub ust. 7 powyżej, a Pobyt w Szpitalu w następstwie Choroby, o którym mowa odpowiednio w ust. 6 lub ust. 7 powyżej w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 6 lub ust. 7 powyżej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).
4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,
3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona ukończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOP2)
BRP-3218

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOP2) BRP-3218

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwana dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że pobyt ten miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego.

2) Pojazd mechaniczny – pojazd kołowy, napędzany silnikiem służący do transportu ludzi lub przedmiotów oraz do ciągnięcia przyczep lub naczep.

W rozumieniu OWDU za Pojazd mechaniczny uważa się:

a) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

b) pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

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

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

3) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,

4) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU.

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

1) miał miejsce w:

a) szpitalu psychiatrycznym,

b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,

d) hospicjum,

e) domu opieki,

f) ośrodku wypoczynkowym,

g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,

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

a) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej,

b) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,

c) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącym chorobą zawodową,

d) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,

e) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
f) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
g) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
h) leczeniem niepłodności,
i) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
– zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka,
– poród miał przebieg patologiczny,
– nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
j) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
k) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności.

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

4. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku określoną odpowiednio w ust. 3 lub ust. 4 powyżej, a Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa odpowiednio w ust. 3 lub ust. 4 powyżej w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 3 lub ust. 4 powyżej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWKM)
BRP-3318

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWKM) BRP-3318

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-3318 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) Droga – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

3) Małżonek – osoba pozostająca w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Małżonka, w następstwie którego Małżonek zmarł.

5) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące:

a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem: pojazdów specjalnych, pojazdów używanych do celów specjalnych, motocykli, motorowerów, innych pojazdów jednośladowych, bądź

b) pojazdem szynowym.

6) Pozostawanie Małżonka pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi Małżonka wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu niniejszych OWDU uważa się, że Małżonek pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tego Małżonka, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tego Małżonka.

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

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

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

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Wypadku komunikacyjnego.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Małżonka w następstwie Wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Wypadku komunikacyjnego będącego przyczyną śmierci Małżonka.

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

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

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

§ 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła później niż śmierć Osoby ubezpieczonej.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka w następstwie Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w następstwie lub w związku z:

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

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej,

4) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym,

niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,
6) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
7) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,
8) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
9) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
10) Pozostawaniem Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Małżonka w następstwie Wypadku komunikacyjnego powstałej w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Małżonka Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, jeżeli Pojazd albo Statek morski lub śródlądowy albo Statek powietrzny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu lądowego lub Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego, chyba że stan techniczny Pojazdu, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.
4. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku śmierci Małżonka w następstwie Wypadku komunikacyjnego powstałej w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Małżonka Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, jeżeli Małżonek nie posiadał uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego lub Statku powietrznego, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka,
2) kartę zgonu Małżonka z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.
4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOM1)
BRP-3418

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPOM1)
BRP-3418

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3418 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

3) Małżonek – osoba pozostająca w czasie Pobytu w Szpitalu w następstwie Choroby z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

4) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Małżonka, w następstwie którego Małżonek doznał Urazu.

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

a) pobytu w szpitalu w celu wykonania badań diagnostycznych,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego,

d) pobytu w szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku.

6) Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi Małżonka wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu OWDU uważa się, że Małżonek pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tego Małżonka, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tego Małżonka.

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

8) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Małżonka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby, za każdy dzień Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby.

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

1) z zastrzeżeniem § 5 ust. 7 OWDU, Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu

§ 2 ust. 5 OWU,
c) Osoby ubezpieczonej niebędącej Pracownikiem,
d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,
2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1 lit. a) albo b) powyżej.
2. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,
do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby miał miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała Małżonka, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana u Małżonka w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby:
1) miał miejsce w:
a) szpitalu psychiatrycznym,
b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
d) hospicjum,
e) domu opieki,
f) ośrodku wypoczynkowym,
g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
2) miał miejsce w następstwie lub w związku z:
a) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, lub czynnym udziałem Małżonka w Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
b) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
c) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej,
d) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
e) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,
f) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
g) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,
h) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
i) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
j) Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
k) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Małżonka,
l) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego,
ł) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącymi chorobą zawodową,
m) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
n) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
o) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
p) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
r) leczeniem niepłodności,
s) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
i) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
ii) poród miał przebieg patologiczny, lub
iii) nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
t) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, jeżeli przyczyną ich wykonania nie jest Choroba,
u) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 2 za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
6. W przypadku Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Choroby na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Małżonka na tym oddziale w Szpitalu w następstwie Choroby, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
7. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, oraz:
1) odpis skrócony aktu małżeństwa,
2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).
4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOM2)
BRP-3518

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPOM2) BRP-3518

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3518 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) Małżonek – osoba pozostająca w czasie Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

3) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Małżonka, w następstwie którego Małżonek doznał Urazu.

4) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – oddział Szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiego oddziału działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. W rozumieniu OWDU za powyższy oddział uważa się również:

a) oddział intensywnej terapii,

b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,

c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu OWDU salę wydzieloną w oddziale Szpitala, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

5) Pobyt na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – udokumentowany pobyt Małżonka na OIOM, mający miejsce w Okresie ubezpieczenia, w celu leczenia obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny. W rozumieniu OWDU za pobyt na OIOM nie uważa się pobytu na oddziale kardiologicznym, neurologicznym i diabetologicznym, nawet jeżeli w stosunku do Małżonka podjęto stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych lub podjęto czynności w przypadku niewydolności narządów lub układów ustroju.

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

a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że pobyt ten miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego.

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

a) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

b) pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

8) Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi Małżonka wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu OWDU uważa się, że Małżonek pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tego Małżonka, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tego Małżonka.

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

10) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Małżonka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzeń

ubezpieczeniowych w postaci Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
1) Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, oraz
2) Pobyt Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
3. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości podwójnej sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu Małżonka Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Małżonka w Szpitalu lub Pobyt Małżonka na OIOM, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
2) z zastrzeżeniem § 5 ust. 5 OWDU, Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
3) Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
4) Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobyt Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:
1) miał miejsce w:
a) szpitalu psychiatrycznym,
b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
d) hospicjum,
e) domu opieki,
f) ośrodku wypoczynkowym,
g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
2) miał miejsce w następstwie lub w związku z:
a) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, lub czynnym udziałem Małżonka w Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
b) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
c) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej,
d) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
e) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,
f) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
g) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,
h) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
i) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
j) Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
k) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
l) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Małżonka,
ł) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
m) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem,
n) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
o) leczeniem niepłodności,

p) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
r) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,
s) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
t) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
i) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka,
ii) poród miał przebieg patologiczny,
iii) nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
u) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
w) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącymi chorobą zawodową.

2. W przypadku Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Małżonka na tym oddziale w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 2 i 3 OWDU za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia z tytułu Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w sumie za nie więcej niż 7 dni Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej. Za każdy dzień Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim Świadczenie spełniane jest w wysokości Świadczenia za każdy dzień Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

5. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze Świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2 i 3 OWDU.

6. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub ilość dni Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku określoną odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3 lub ust. 4 powyżej, a Pobyt Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3 lub ust. 4 powyżej w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu Małżonka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu Małżonka na OIOM w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3 lub ust. 4 powyżej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, oraz:
1) odpis skrócony aktu małżeństwa,
2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPDS1)
BRP-3618

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE CHOROBY (GPDS1)
BRP-3618

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3618 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

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

3) Dziecko – biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, mające w dniu Pobytu w Szpitalu nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.

4) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Dziecka, w następstwie którego Dziecko doznało Urazu.

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

a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego,

d) pobytu w szpitalu w celu leczenia następstw Nieszczęśliwego wypadku.

6) Pojazd mechaniczny – pojazd kołowy, napędzany silnikiem służący do transportu ludzi lub przedmiotów oraz do ciągnięcia przyczep lub naczep. W rozumieniu OWDU za Pojazd mechaniczny uważa się wyłącznie:

a) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

b) pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

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

8) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Dziecka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci zasiłku dziennego w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby, za każdy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby.

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

1) z zastrzeżeniem § 5 ust. 7 OWDU, Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w przypadku Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w przypadku:

a) Pracownika który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej niebędącej Pracownikiem,
d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,
2) 1 miesiąc – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1) lit. a) albo b) powyżej.
2. W odniesieniu do Pracownika, który:
1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, oraz
2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie choroby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.
3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby miał miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała Dziecka, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana u Dziecka w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby:
1) miał miejsce w:
a) szpitalu psychiatrycznym,
b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
d) hospicjum,
e) domu opieki,
f) ośrodku wypoczynkowym,
g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
2) miał miejsce w następstwie lub w związku z:
a) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym lub czynnym udziałem Dziecka w Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
b) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
c) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej,
d) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
e) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,
f) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
g) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,
h) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
i) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Dziecko sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Dziecka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
j) operacjami plastyczno-kosmetycznymi,
k) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
i) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
ii) poród miał przebieg patologiczny, lub
iii) nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
l) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącymi chorobą zawodową,
ł) wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, jeżeli przyczyną ich wykonania nie jest Choroba,
m) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
n) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
o) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
p) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi,
r) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Dziecka,
s) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
6. W przypadku Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
7. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby określoną odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6 powyżej, a Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby, o którym mowa odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6 powyżej w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Choroby, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego,

z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 5 lub ust. 6 powyżej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

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

1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),

2) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPDS2)
BRP-3718

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPDS2) BRP-3718

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3718 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) Dziecko – biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, mające w Dniu Pobytu w Szpitalu nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.

3) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Dziecka, w następstwie którego Dziecko doznało Urazu.

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

a) pobytu w celu wykonania badań diagnostycznych, chyba że pobyt ten miał miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

b) pobytu na oddziale dziennym,

c) pobytu dziennego.

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

a) pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motocykl, motorower i przyczepę określone w przepisach ustawy – Prawo o ruchu drogowym,

b) pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów ustawy – Prawo o ruchu drogowym.

6) Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu OWDU uważa się, że Dziecko pozostawało pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez to Dziecko, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez to Dziecko.

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

8) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Dziecka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku .

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w postaci zasiłku dziennego, w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na pierwszy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, za każdy dzień Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

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

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Dziecka w szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) z zastrzeżeniem § 5 ust. 4 OWDU, Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się i miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

3) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

4) Pobyt Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) miał miejsce w:

a) szpitalu psychiatrycznym,
b) szpitalu, domu opieki, ośrodku, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
c) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewentoryjnej, uzdrowiskowej,
d) hospicjum,
e) domu opieki,
f) ośrodku wypoczynkowym,
g) szpitalu, ośrodku, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
2) miał miejsce w następstwie lub w związku z:
a) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym lub czynnym udziałem Dziecka w Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,
b) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
c) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej,
d) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
e) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,
f) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
g) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,
h) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
i) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Dziecko sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Dziecka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
j) Pozostawaniem przez Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
k) prowadzeniem Pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
l) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością,
ł) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego,
m) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
n) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
o) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,
p) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Dziecka,
r) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności,
s) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, połogiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
– zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka, lub
– poród miał przebieg patologiczny, lub
– nastąpiły komplikacje połogu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
t) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, niebędącymi chorobą zawodową.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 92 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w każdym kolejnym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
3. W przypadku Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na oddziale specjalizującym się w leczeniu schorzeń o podłożu neurologicznym, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Świadczenia za łącznie nie więcej niż 30 dni Pobytu Dziecka w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na tym oddziale, w danym Roku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. Jeżeli Towarzystwo nie dokonało w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia wypłaty Świadczenia za ilość dni Pobytu Dziecka w Szpitalu następstwie Nieszczęśliwego wypadku określoną odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3 powyżej, a Pobyt Dziecka w Szpitalu następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3 powyżej w ostatnim Roku okresu ubezpieczenia rozpoczął się przed końcem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, trwał nieprzerwanie i zakończył się po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego – Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia również za te dni Pobytu Dziecka w Szpitalu następstwie Nieszczęśliwego wypadku, które miały miejsce po wygaśnięciu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego, z uwzględnieniem limitów określonych odpowiednio w ust. 2 lub ust. 3 powyżej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis),
2) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA W WYNIKU CIĄŻY MNOGIEJ (GUDM)
BRP-3818

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA W WYNIKU CIĄŻY MNOGIEJ (GUDM) BRP-3818

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka w wyniku ciąży mnogiej o symbolu BRP-3818 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-5812 (OWDU GUD).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko – żywe biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej.

2) Urodzenie się Dziecka w wyniku ciąży mnogiej – urodzenie się w Okresie ubezpieczenia więcej niż jednego Dziecka po upływie 22 tygodnia trwania ciąży mnogiej, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się Dziecka w wyniku ciąży mnogiej należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie w tym samym czasie przez Osobę ubezpieczoną więcej niż jednego Dziecka w wieku do lat 5, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się Dziecka w wyniku ciąży mnogiej.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się Dziecka w wyniku ciąży mnogiej, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień Urodzenia się Dziecka w wyniku ciąży mnogiej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Urodzenia się Dziecka w wyniku ciąży mnogiej, Karencja ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej. Okres Karencji wynosi 9 miesięcy.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek urodzenia się dziecka w wyniku ciąży mnogiej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz odpis skrócony aktu urodzenia Dzieci urodzonych w wyniku ciąży mnogiej lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dzieci.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ (GUDW) BRP-3918

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ (GUDW) BRP-3918

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną o symbolu BRP-3918 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-5812 (OWDU GUD).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko – żywe biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej.

2) Urodzenie się Dziecka – urodzenie się Dziecka po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się Dziecka należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Osobę ubezpieczoną dziecka w wieku do lat 5, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

3) Wada wrodzona – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na zaburzeniach lub zmianach chorobowych dotyczących narządów lub części ciała, nabyty przez Dziecko w czasie życia wewnątrzmacicznego, określony w Tabeli wad wrodzonych załączonej do OWDU.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia, Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się Dziecka z Wadą wrodzoną.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się Dziecka z Wadą wrodzoną, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień Urodzenia się Dziecka z Wadą wrodzoną.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Urodzenia się Dziecka z Wadą wrodzoną, Karencja ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej. Okres Karencji wynosi 9 miesięcy.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wada wrodzona powstała na skutek lub w związku z:

1) chorobą AIDS lub zakażeniem Dziecka wirusem HIV,

2) spożywaniem przez matkę biologiczną Dziecka alkoholu, używaniem Środków odurzających albo nadużywaniem leków.

4. Świadczenie z tytułu Urodzenia się Dziecka z Wadą wrodzoną przysługuje, jeżeli Wada wrodzona istniała w chwili Urodzenia się Dziecka i została zdiagnozowana przed ukończeniem przez Dziecko 3 lat.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego w stosunku do danego Dziecka bez względu na liczbę Wad wrodzonych w chwili urodzenia się Dziecka i zdiagnozowanych przed ukończeniem przez Dziecko 3 lat.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,

2) dokumentację medyczną potwierdzającą zdiagnozowanie Wady wrodzonej.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA Z WADĄ WRODZONĄ (GUDW)

Tabela wad wrodzonych

Lp.	Symbol ICD-10	Rodzaj wad wrodzonych
1.	Q00	bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
2.	Q01	przepuklina mózgowa
3.	Q02	małogłowie
4.	Q03	wodogłowie wrodzone
5.	Q04	inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
6.	Q05	rozszczep kręgosłupa
7.	Q06	inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
8.	Q07	inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego
9.	Q10	wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu
10.	Q11	bezoczе, małoocze i wielkoocze
11.	Q12	wrodzone wady rozwojowe soczewki
12.	Q13	wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka
13.	Q14	wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka
14.	Q15	inne wrodzone wady rozwojowe oka
15.	Q16	wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu
16.	Q17	inne wrodzone wady rozwojowe ucha
17.	Q18	inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi
18.	Q20	wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych
19.	Q21	wrodzone wady rozwojowe przegród serca
20.	Q22	wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej
21.	Q23	wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki dwudzielnej
22.	Q24	inne wrodzone wady rozwojowe serca
23.	Q25	wrodzone wady rozwojowe wielkich tętnic
24.	Q26	wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych
25.	Q27	inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego
26.	Q28	inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia
27.	Q30	wrodzone wady rozwojowe nosa
28.	Q31	wrodzone wady rozwojowe krtani
29.	Q32	wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
30.	Q33	wrodzone wady rozwojowe płuc
31.	Q34	inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego
32.	Q35	rozszczep podniebienia
33.	Q36	rozszczep wargi
34.	Q37	rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi
35.	Q38	inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani
36.	Q39	wrodzone wady rozwojowe przełyku
37.	Q40	inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego
38.	Q41	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego
39.	Q42	wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego
40.	Q43	inne wrodzone wady rozwojowe jelit
41.	Q44	wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby
42.	Q45	inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego
43.	Q50	wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy
44.	Q51	wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy
45.	Q52	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
46.	Q53	niezstąpienie jąder
47.	Q54	spodziectwo
48.	Q55	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych męskich
49.	Q56	płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
50.	Q60	niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerkowej

51.	Q61	wielotorbielowatość nerek
52.	Q62	wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
53.	Q63	inne wrodzone wady rozwojowe nerek
54.	Q64	inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
55.	Q65	wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
56.	Q66	wrodzone zniekształcenia stopy
57.	Q67	wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
58.	Q68	inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
59.	Q69	palce dodatkowe
60.	Q70	zrost palców
61.	Q71	zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
62.	Q72	zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
63.	Q73	zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
64.	Q74	inne określone wrodzone wady rozwojowe kończyn(y)
65.	Q75	inne określone wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
66.	Q76	wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i klatki piersiowej kostnej
67.	Q77	dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
68.	Q78	inne osteochondrodysplazje
69.	Q79	wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
70.	Q80	wrodzona rybia łuska
71.	Q81	pęcherzowe oddzielanie naskórka
72.	Q82	inne wrodzone wady rozwojowe skóry
73.	Q83	wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
74.	Q84	inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
75.	Q85	choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy)
76.	Q86	zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
77.	Q87	inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
78.	Q89	inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
79.	Q90	zespół Downa
80.	Q91	zespół Edwardsa i zespół Pataua
81.	Q92	inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
82.	Q93	monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
83.	Q95	zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
84.	Q96	zespół Turnera
85.	Q97	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej
86.	Q98	inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
87.	Q99	inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA Z NISKĄ PUNKTACJĄ W SKALI APGAR (GUAR)
BRP-4018

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA Z NISKĄ PUNKTACJĄ W SKALI APGAR (GUAR) BRP-4018

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR o symbolu BRP-4018 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-5812 (OWDU GUD).

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko – żywe biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej.

2) Urodzenie się Dziecka z niską punktacją w skali APGAR – urodzenie się Dziecka po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, z ostatnią punktacją wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 5 lub mniej punktów, o ile urodzenie to zostało potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia. Przez Urodzenie się Dziecka z niską punktacją w skali APGAR należy rozumieć także całkowite nierozwiązywalne przysposobienie przez Osobę ubezpieczoną dziecka w wieku do lat 5, które przy urodzeniu otrzymało ostatnią punktację wg skali APGAR odnotowaną w odpowiednim dokumencie wynoszącą 5 lub mniej punktów, o ile przysposobienie to stwierdzone zostało prawomocnym orzeczeniem sądu.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się Dziecka z niską punktacją w skali APGAR.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się Dziecka z niską punktacją w skali APGAR, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień Urodzenia się Dziecka z niską punktacją w skali APGAR.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W przypadku Ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Urodzenia się Dziecka z niską punktacją w skali APGAR, Karencja ma zastosowanie do każdej Osoby ubezpieczonej. Okres Karencji wynosi 9 miesięcy.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek urodzenia się dziecka z niską punktacją w skali APGAR z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka, oraz

2) dokument stwierdzający u Dziecka ostatnią punktację wg skali APGAR wynoszącą 5 lub mniej punktów.

4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA Z WYPŁATĄ RENTY (GODR) BRP-4118

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA Z WYPŁATĄ RENTY (GODR) BRP-4118

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka z wypłatą renty o symbolu BRP-4118 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko – biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, którego wiek w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej wynosi nie więcej niż 25 lat.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia powodującej osierocenie Dziecka, Towarzystwo będzie wypłacało każdemu osieroconemu Dziecku miesięczną rentę w wysokości potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień śmierci Osoby ubezpieczonej powodującej osierocenie Dziecka.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

2. Karencja ma zastosowanie w stosunku do:

1) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

a) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie, albo

b) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

2) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

3) Osoby ubezpieczonej niebędącej Pracownikiem,

4) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia.

3. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek osierocenia dziecka z wypłatą renty z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej miała miejsce z tych samych przyczyn, wskazanych w § 14 ust. 1 OWU, które wyłączają odpowiedzialność Towarzystwa za śmierć Osoby ubezpieczonej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła później niż śmierć Dziecka.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Dziecko.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-7 poniżej.

3. Towarzystwo będzie wypłacało miesięczną rentę w wysokości potwierdzonej w Polisie.

4. Wypłata renty na rzecz Dziecka odbywa się przez okres 60 miesięcy, z częstotliwością miesięczną, w terminie do 15. dnia każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należna, nie dłużej jednak niż do dnia śmierci Dziecka, na rzecz którego jest wypłacana albo nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Dziecko wieku 25 lat, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. Pierwsza renta wypłacana jest przez Towarzystwo w terminie do 30 dni od dnia, w którym doręczono do Siedziby Towarzystwa wniosek o wypłatę renty. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe, renta będzie wypłacona w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

6. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka.

7. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (GPZD) BRP-4218

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (GPZD) BRP-4218

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka o symbolu BRP-4218 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Dziecko – biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, będące w wieku od 3 miesięcy do 18 lat.

2) Wystąpienie Poważnego zachorowania – zdiagnozowanie po raz pierwszy Poważnego zachorowania.

3) Poważne zachorowanie – wystąpienie w zdrowiu Dziecka któregokolwiek ze stanów chorobowych określonych w pkt 4)-18) poniżej.

4) Ciężka Sepsa – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej wywołany: zakażeniem (bakteryjnym, grzybiczym, wirusowym albo pasożytniczym), rozległym urazem, rozległymi zabiegami operacyjnymi i ich powikłaniami, w następstwie którego rozwija się powikłanie pod postacią niewydolności wielonarządowej (nieprawidłowe działanie dwóch lub więcej narządów albo układów, do których zaliczamy: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ moczowy, układ krwiotwórczy, układ pokarmowy, wątrobę).
W rozumieniu niniejszej definicji za Poważne zachorowanie nie uważa się Ciężkiej Sepsy, która spowodowana została przez ekspozycję Dziecka na substancje chemiczne oraz w wyniku zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Diagnoza musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej wystawionej przez Szpital, w którym prowadzone było leczenie Dziecka.

5) Ciężkie oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry właściwej) wymagające hospitalizacji, obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek".

6) Cukrzyca typu I (insulinozależna) – zdiagnozowany przez lekarza specjalistę diabetologa proces chorobowy o podłożu autoimmunologicznym, prowadzący do powolnego zniszczenia produkujących insulinę komórek ß wysp trzustkowych (wysepek Langerhansa), w następstwie którego dochodzi do utraty zdolności wydzielania insuliny przez trzustkę oraz konieczności stałego uzupełniania jej niedoborów insuliną, podawaną do organizmu z zewnątrz.

7) Dystrofia mięśniowa – grupa uwarunkowanych genetycznie przewlekłych chorób mięśni poprzecznie prążkowanych o charakterze zwyrodnieniowym, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego, które w następstwie zaniku i przykurczy tych mięśni powodują trwałą niezdolność Dziecka do przemieszczenia się po płaskiej powierzchni.

8) Łagodny nowotwór mózgu – guz mózgu niesklasyfikowany jako złośliwy, wymagający usunięcia. Za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwiaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego.

9) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy.

10) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWDU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Diagnoza Nowotworu złośliwego musi być potwierdzona dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.
W rozumieniu OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania Tla wg klasyfikacji TNM, czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka > 4),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

11) Paraliż – całkowita nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem Urazu lub Choroby. Paraliż musi mieć charakter trwały.

12) Poliomielitis – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest co najmniej paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu.

13) Poważne uszkodzenie mózgu – nieodwracalne, znaczne upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych w wyniku uszkodzenia mózgu, powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, w następstwie czego wymagany jest stały nadzór lub pomoc w życiu codziennym.

14) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

15) Schyłkowa niewydolność wątroby – całkowite i nieodwracalne upośledzenie funkcji wątroby, z występowaniem encefalopatii (śpiączki) wątrobowej, zaburzeń krzepnięcia, wodobrzusza, żółtaczki.

16) Śpiączka – spowodowany Chorobą inną niż wymienione w pkt 4)-15), pkt 17)-18) lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych. W rozumieniu OWDU za Śpiączkę nie uważa się stanu nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegającego z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagającego wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin powstałego wskutek użycia przez Dziecko alkoholu lub leków z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek świadomego samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Dziecko lub samookaleczenia się lub okaleczenia Dziecka na jego własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Dziecka.

17) Zapalenie mózgu – jednoznaczna diagnoza zapalenia mózgu spowodowanego procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej, wywołanego zakażeniem bakteryjnym, prowadzącym do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

18) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – jednoznaczna diagnoza zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych spowodowanego procesem zapalnym umiejscowionym w oponie miękkiej, wywołanego zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym, prowadzącym do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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

20) Czynnik zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Dziecka, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba.

21) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Dziecka, w następstwie którego Dziecko doznało Urazu.

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

23) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Dziecka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania Dziecka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego obejmuje wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania Dziecka.

2. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Poważnego zachorowania Dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego, potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień Wystąpienia Poważnego zachorowania.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej, w Ubezpieczeniu dodatkowym okres Karencji wynosi odpowiednio:

1) 6 miesięcy – w stosunku do:

a) Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

i) dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie, albo

ii) dnia powrotu do pracy z urlopu wychowawczego,

b) osoby, która stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa i przystąpiła do Umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia, w którym stała się Pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu § 2 ust. 5 OWU,

c) Osoby ubezpieczonej niebędącej Pracownikiem,

d) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i ponownie przystąpiła do tej Umowy ubezpieczenia,

2) 3 miesiące – w stosunku do Pracownika, który przystąpił do Umowy ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia określonego w pkt 1 lit. a) albo b) powyżej.

2. W odniesieniu do Pracownika, który:

1) zgodnie z postanowieniami OWDU jest objęty Karencją, o której mowa w ust. 1 pkt 1) lub 2) powyżej, oraz

2) do dnia poprzedzającego dzień początku Okresu ubezpieczenia był objęty ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie ryzyka na wypadek poważnego zachorowania dziecka z tytułu Dotychczasowej

umowy ubezpieczenia. Postanowienia § 10 ust. 4-5 OWU stosuje się odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka wystąpiło na skutek lub w związku z:

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

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej,

4) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,

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

7) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,

8) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer lub członek załogi samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

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

10) Pozostawaniem przez Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

5. W Okresie ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy Ubezpieczenia dodatkowego w przypadku każdego Dziecka, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań danego Dziecka.

6. W przypadku wystąpienia u danego Dziecka ponownie Poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-5 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,

2) w przypadku:

a) Nowotworu złośliwego – dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

b) Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

c) Oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii dziecięcej zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia Oparzenia oraz dokumentację leczenia,

d) Paraliżu – dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych, zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie,

e) Poliomielitis – dwie opinie niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta i rokowanie lub opinię jednego lekarza wraz z dokumentacją leczenia. Potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 6 tygodniach od Wystąpienia Poważnego zachorowania,

f) Poważnego uszkodzenia mózgu – dowód zaistnienia wypadku, którego skutkiem był uraz mózgu oraz dwie opinie niezależnych lekarzy neurologów lub psychiatrów, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta przed i po wystąpieniu uszkodzenia mózgu oraz rokowanie,

g) Przeszczepu narządu – dowody przeszczepienia,

h) Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem. Potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania Śpiączki,

i) Ciężkiej Sepsy – dokumentację medyczną potwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania,

j) Cukrzycy typu 1 – opinię lekarza diabetologa, stwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania oraz dokumentację medyczną,

k) Dystrofii mięśniowej – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą Wystąpienie Poważnego zachorowania oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki laboratoryjne, biopsję mięśnia i elektromiografię (EMG),

l) Łagodnego nowotworu mózgu – opinię lekarza onkologa, stwierdzającą diagnozę Łagodnego nowotworu mózgu oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki badań histopatologicznych,

ł) Schyłkowej niewydolności wątroby – opinię lekarza hepatologa, stwierdzającą diagnozę Schyłkowej niewydolności wątroby oraz dokumentację medyczną,

m) Zapalenia mózgu – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Zapalenia mózgu oraz dokumentację medyczną,

n) Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą diagnozę Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz dokumentację medyczną.

4. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty Świadczenia Towarzystwo może skierować Dziecko na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

5. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTUD)
BRP-4318

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTUD)
BRP-4318

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-4318 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) Dziecko – biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, mające na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku w następstwie którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.

3) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Dziecka, w następstwie którego Dziecko doznało Urazu.

4) Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi Dziecka wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu OWDU uważa się, że Dziecko pozostawało pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez to Dziecko, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez to Dziecko.

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

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

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

6) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Dziecka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie stanowiące określony w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu odpowiedni dla danego rodzaju Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka procent sumy ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku w następstwie którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka.

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

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

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w Okresie ubezpieczenia.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub w związku z:

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

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej,

4) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym rożnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,

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

7) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,

8) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

9) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez

Dziecko sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Dziecka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

10) Pozostawaniem przez Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie ataku konwulsji, drgawek lub padaczki, omdlenia lub utraty przytomności.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby Zdarzeń ubezpieczeniowych Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku mających miejsce w Okresie ubezpieczenia.

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

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-8 poniżej.

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

1) odpis skrócony aktu urodzenia Dziecka lub odpis skrócony nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka,

2) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

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

4. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku,

2) stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu określony zgodnie z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego.

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

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

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

8. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego,

3) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTDN)
BRP-4418

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTDN) BRP-4418

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-4418 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) Dziecko – biologiczne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej lub jej pasierb, o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba, mające na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego nastąpiła Trwała utrata zdrowia Dziecka nie mniej niż 6 miesięcy i nie więcej niż 18 lat.

3) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Dziecka, w następstwie którego Dziecko doznało Urazu.

4) Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi Dziecka wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm^3. W rozumieniu OWDU uważa się, że Dziecko pozostawało pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez to Dziecko, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez to Dziecko.

5) Trwała utrata zdrowia Dziecka – zdarzenie medyczne będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w pkt 6) poniżej.

6) Tabela trwałej utraty zdrowia – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU Trwałą utratę zdrowia Dziecka, załączone do OWDU, uwzględniające postacie Trwałej utraty zdrowia Dziecka oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń przysługujące Osobie ubezpieczonej z tytułu Trwałej utraty zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wyrażone jako wartości procentowe sumy Ubezpieczenia dodatkowego.

7) Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Dziecka wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałej utraty zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Trwałej utraty zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie stanowiące określony w Tabeli trwałej utraty zdrowia odpowiedni dla danego zdarzenia medycznego procent sumy ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku w następstwie którego nastąpiła Trwała utrata zdrowia Dziecka.

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

1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałej utraty zdrowia Dziecka, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,

2) Trwała utrata zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,

3) wartość procentowa Trwałej utraty zdrowia Dziecka w następstwie danego Nieszczęśliwego wypadku wynosi ponad 20% (zgodnie z Tabelą trwałej utraty zdrowia).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwała utrata zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miała miejsce w następstwie lub w związku z:

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

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej,

4) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

5) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym rożnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,

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

7) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,

8) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

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

10) Pozostawaniem przez Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

3. W przypadku gdy Trwała utrata zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku powstała w obrębie organu lub narządu, którego funkcje przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie Trwałej utraty zdrowia Dziecka istniejącej przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.

2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-7 poniżej.

3. Towarzystwo podejmuje decyzję o stopniu Trwałej utraty zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na podstawie stanu zdrowia Dziecka z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z Trwałą utratą zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i Nieszczęśliwym wypadkiem, który był jej przyczyną. Zmiana postaci lub stopnia Trwałej utraty zdrowia Dziecka, która nastąpiła po dniu wydania decyzji, o której mowa w zdaniu pierwszym, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości, bądź cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

4. Podstawą ustalenia wysokości Świadczenia są:

1) suma Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzona w Polisie, aktualna na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku w następstwie którego nastąpiła Trwała utrata zdrowia Dziecka,

2) wartości procentowe określone w Tabeli trwałej utraty zdrowia dla danego zdarzenia medycznego.

5. Wysokość Świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałej utraty zdrowia dla danego zdarzenia medycznego przez sumę Ubezpieczenia dodatkowego aktualną na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku, w następstwie którego nastąpiła Trwała utrata zdrowia Dziecka.

6. Przed podjęciem decyzji o wypłacie Świadczenia Towarzystwo może skierować Dziecko na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

7. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej utraty zdrowia Dziecka w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wypłacane Świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami 100% sumy Ubezpieczenia dodatkowego,

3) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GZRN)
BRP-4518

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GZRN) BRP-4518

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-4518 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanej dalej Towarzystwem, z tytułu Umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych Umów ubezpieczenia.

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

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

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

2) Małżonek – osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

3) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Rodzica lub Teścia, w następstwie którego Rodzic lub Teść zmarł.

4) Pozostawanie Rodzica lub Teścia pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi Rodzica lub Teścia wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm^3. W rozumieniu OWDU uważa się, że Rodzic lub Teść pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tego Rodzica lub Teścia, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tego Rodzica lub Teścia.

5) Rodzic – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Osoby ubezpieczonej. Za Rodzica w rozumieniu OWDU uważa się również osobę, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem biologicznym lub matką biologiczną Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Osoby ubezpieczonej.

6) Teść – matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka. Za Teścia w rozumieniu OWDU uważa się również osobę, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z ojcem biologicznym lub matką biologiczną Małżonka w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka biologiczna lub ojciec biologiczny Małżonka.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w Okresie ubezpieczenia Zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci śmierci Rodzica w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub śmierci Teścia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Rodzica w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Rodzica.

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

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

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

3. Z zastrzeżeniem postanowień OWDU, w razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Teścia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej Świadczenie w wysokości sumy Ubezpieczenia dodatkowego potwierdzonej w Polisie, aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Teścia.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

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

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

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła później niż śmierć Osoby ubezpieczonej.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym lub czynnym udziałem Rodzica lub Teścia w Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy,

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Rodzica lub Teścia przestępstwa z winy umyślnej,

4) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Rodzica lub Teścia albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę,

niezależnie od stanu jego poczytalności,
5) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających,
6) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
7) chorobą lub zatruciem się Rodzica lub Teścia spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią,
8) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Rodzic lub Teść podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
9) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Rodzica lub Teścia sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Rodzica lub Teścia w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
10) Pozostawaniem Rodzica lub Teścia pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Rodzic lub Teść odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osobą uprawnioną do Świadczenia jest Osoba ubezpieczona.
2. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.
3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) wypis z dokumentu tożsamości Osoby ubezpieczonej lub odpowiednio Małżonka (dostępny na stronie internetowej Towarzystwa),
2) odpis skrócony aktu zgonu Rodzica lub odpowiednio Teścia,
3) odpis skrócony aktu zawarcia małżeństwa przez Osobę ubezpieczoną i Małżonka (w przypadku śmierci Teścia), wystawiony nie wcześniej niż na dzień śmierci Teścia lub oświadczenie Osoby ubezpieczonej i Małżonka o pozostawaniu na dzień śmierci Teścia w związku małżeńskim,
4) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu Rodzica lub Teścia (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.
4. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego wygasa we wcześniejszym z dni:
1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
2) rozwiązania Ubezpieczenia dodatkowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r. wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

TABELA OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

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

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a) otępienie lub ciężkie zaburzenia psychiczne i zachowania z dużym deficytem neurologicznym – uniemożliwiające samodzielną egzystencję	60-100%
b) encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym w zależności od stopnia	25-60%
c) encefalopatie z umiarkowanymi zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym ze zmianami charakterologicznymi i deficytem neurologicznym	10-25%
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym i psychicznym oraz zmiany w obrazie EEG, TK lub MRI. Istnienie encefalopatii musi znajdować potwierdzenie w dokumentacji medycznej (neurologa, psychologa lub psychiatry).	
10. Utrwalona nerwica i zespoły związane z urazem czaszkowo-mózgowym, uszkodzeniem ciała, potwierdzone dokumentacją z leczenia neurologicznego:	
a) dolegliwości subiektywne bez zmian w badaniach obrazowych – przebyte wstrząśnienie mózgu (z hospitalizacją)	1%
b) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem czaszkowo-mózgowym (ze zmianami urazowymi w badaniach obrazowych) w zależności od stopnia zaburzeń (bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość- objawy utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia neurologicznego i/lub psychiatrycznego)	5%
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	70%
b) afazja całkowita motoryczna	35-50%
c) afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	15-30%
d) afazja nieznacznego stopnia	1-10%
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	15-40%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	5-15%
13. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a) nerwu okoruchowego	2-10%
b) nerwu bloczkowego	2%
c) nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	2-5%
14. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy ocenić według poz. 49 poniżej.	
16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) jednostronne	5%
b) obustronne	15%
17. Uszkodzenie nerwu dodatkowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
18. Uszkodzenie nerwu podjęzykowego:	
a) częściowe – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-9%
b) całkowite	10%
19. Pourazowe zaburzenia endokrynologiczne w zależności od zmian	1-9%
B. Uszkodzenia twarzy	
20. Uszkodzenia powłok twarzy – wymagające szycia (blizny i ubytki, oszpecenia):	
a) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (do 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm^2 powierzchni)	1%
b) oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm do 10 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni)	3%
c) oszpecenia z zaburzeniami funkcji – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni)	5%
d) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.	10%
e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2%
21. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa bez zaburzeń oddychania – niewielka deformacja miejscowa	2%
b) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania	5%

c) złamanie kości nosa z wyraźną deformacją z zaburzeniami oddychania i powonienia	10%
d) utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	25%
e) całkowita utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	5%
22. Całkowita utrata zęba stałego:	
a) siekacza lub kła – za każdy ząb	2%
b) pozostałych zębów	1%
23. Złamania kości oczodołu szczęki i/lub żuchwy, złamania kości jarzmowej wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	2-5%
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10%
24. Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań:	
a) częściowa (powyżej 30%)	8–10%
b) całkowita	30%
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-20%
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	21-30%
26. Ubytki języka:	
a) bez zaburzeń mowy i połykania	1-3%
b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	4-10%
c) z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	11-30%
d) całkowita utrata języka	40%

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27.

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

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9 (9/10)	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8 (8/10)	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7 (7/10)	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6 (6/10)	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5 (5/10)	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4 (4/10)	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3 (3/10)	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2 (2/10)	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%
0,1 (1/10)	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

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

b) dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1-8%
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	40%
28. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a) jednego oka	15%
b) obojga oczu	30%
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	
c) przedziurawienie plamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	

30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki	wg tabeli z poz. 27a
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	
c) ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z poz. 27a

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

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

33. Połowicze niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	20-50%
b) dwunosowe	10-20%
c) jednoimienne	20%
34. Bezsoczewkowatość pourazowa po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
a) w jednym oku	20%
b) w obu oczach	35%
35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a) w jednym oku	wg tabeli z poz. 27a
b) w obu oczach	wg tabeli z poz. 27a
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):	
a) w jednym oku	1-8%
b) w obu oczach	5-12%
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg tabeli z poz. 27a
Uwaga: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.	
38. Jaskra – ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z poz. 27a i 32
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:	
a) jednostronny	30%
b) obustronny	60%
40. Zaćma urazowa. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej	wg tabeli z poz. 27a
41. Przewlekłe zapalenia spojówek związane z urazem oka:	
a) zmiany niewielkie	2%
b) duże zmiany miejscowe, blizny rogówki	wg tabeli z poz. 27a

D. Uszkodzenia narządu słuchu

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

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

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

43. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany małżowiny usznej – wymagające szycia	1%
b) utrata części małżowiny lub jej wyraźne zniekształcenie (blizny, oparzenia i odmrożenia)	2-5%

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

58. Utrata gruczołu piersiowego kobiet:	
a) częściowa	1-9%
b) całkowita	10-20%
59. Uszkodzenie żeber (złamanie) z obecnością zniekształceń i ze zmniejszeniem pojemności życiowej płuc w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej w spirometrii:	
a) złamanie jednego żebra	1%
b) złamanie żeber – zniekształcenie znacznego stopnia	2-5%
c) złamania ze zniekształceniem i upośledzeniem pojemności życiowej płuc (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-10%
60. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2%
b) z przemieszczeniem	3-5%
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zmiany utrwalone – zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp. potwierdzone w badaniach obrazowych):	
a) bez niewydolności oddechowej	2-4%
b) z niewydolnością oddechową – w zależności od jej stopnia (potwierdzone badaniem spirometrycznym)	5-30%
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej w spirometrii płuc	20-40%
63. Uszkodzenie serca lub osierdzia (urazy):	
a) z wydolnym układem krążenia	5%
b) z objawami niewydolności układu krążenia – I stopień wg NYHA	10%
c) z objawami niewydolności układu krążenia – II stopień wg NYHA	20%
d) z objawami niewydolności układu krążenia – III stopień wg NYHA	21-30%
e) z objawami niewydolności układu krążenia – IV stopień wg NYHA	31-60%
64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a) bez zaburzeń funkcji – po leczeniu operacyjnym	4%
b) zaburzenia średniego stopnia	8%
c) zaburzenia dużego stopnia – z niewydolnością oddechową	15%
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65. Pourazowe uszkodzenia tkanek miękkich powłok jamy brzusznej (rany wymagające szycia, oparzenia, przepukliny urazowe, przetoki itp.) powłok jamy brzusznej:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (do 10 cm długości)	1-2%
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe powyżej 10 cm długości przepukliny pourazowe	4%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych), do których doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które ujawniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane jako pourazowe.	
66. Pourazowe uszkodzenie żołądka, jelit i sieci, powodujące zaburzenia funkcji przewodu pokarmowego:	
a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	5%
b) po leczeniu operacyjnym z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	8%
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	15%
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	20%
67. Przetoki pourazowe jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a) jelita cienkiego	40%
b) jelita grubego	30%
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów (leczone operacyjnie) w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	3-10%
69. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie leczone operacyjnie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	4%
b) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10-15%
70. Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50%
71. Uszkodzenie śledziony:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5%
b) utrata u osób powyżej 18 roku życia	10%
c) utrata u osób poniżej 18 roku życia	15%

72. Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki:	
a) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu / bez zaburzeń funkcjonalnych – utrata pęcherzyka żółciowego	5%
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	8%
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15%
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, utrata trzustki	20%
H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
73. Uszkodzenie nerek:	
a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcie narządu – leczone operacyjnie)	5%
b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek (leczone operacyjnie) powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-15%
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	20%
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30%
76. Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) bez zaburzeń funkcji – leczone operacyjnie	5%
b) z zaburzeniami funkcji – potwierdzone w badaniach dodatkowych i urodynamicznych	10-15%
78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem (ocena po min. 6 miesiącach)	10-40%
79. Uszkodzenia cewki moczowej (leczone operacyjnie) – potwierdzone w badaniach obrazowych i urodynamicznych:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-10%
b) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	11-20%
80. Utrata prącia	40%
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	3-15%
82. Utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	15%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	10%
83. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) utrata w wieku do 50 roku życia	30%
b) utrata w wieku po 50 roku życia	20%
84. Wodniak pourazowy jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	5%
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	6-10%
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	35%
b) w wieku powyżej 45 lat	20%
86. Uszkodzenie krocza powodujące wypadnięcie narządów rodnych, w zależności od stopnia i powikłań:	
a) pochwy	5%
b) pochwy i macicy	15%
I. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi	
87. Ostre zatrucie gazami, substancjami chemicznymi:	
a) z utratą przytomności i obserwacją szpitalną bez zmian wtórnych w narządach wewnętrznych	3%
b) z trwałymi uszkodzeniami układu oddechowego i sercowo-naczyniowego	4-10%
c) z trwałymi uszkodzeniami układu krwiotwórczego	11-15%
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
88. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) skręcenie, stłuczenie w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym z ograniczeniem ruchomości	1-2%
b) uszkodzenia z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20% zakresu ruchomości, uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych (przemieszczenia kręgów powyżej 4 mm, niestabilność kątowa powyżej 15°)	3-5%
c) złamania ze zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI i ograniczeniem ruchomości powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20%

89. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym z zespołem bólowym:	
a) bez zniekształceń kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania do 20%	1-2%
b) ze zniekształceniem kręgów z niewielkim ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20%	3-5%
c) złamania ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztywnieniem (usztywnienia operacyjne)	6-10%
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym:	
a) skręcenie, bez zniekształceń i niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20% zakresu ruchomości	1-2%
b) z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3-5%
c) z niewielkim zniekształceniem kręgów z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji i zginania powyżej 20% zakresu ruchomości	6-10%
d) złamanie ze znacznym zniekształceniem w obrazie RTG i TK/MRI, całkowitym zesztywnieniem (usztywnienia operacyjne)	11-20%
91. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych, kości guzicznej:	
a) złamanie jednego wyrostka, złamanie kości guzicznej	1-2%
b) złamania mnogie wyrostków	3-5%
92. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 88-91 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%
93. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	80-100%
b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	50-70%
c) niedowład kończyn dolnych umożliwiających poruszanie się o jednej lasce	20-40%
d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	80%
e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	40-60%
f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	10-20%
g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	10-30%
h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń i zmian w badaniach obrazowych	2-5%
K. Uszkodzenia miednicy	
94. Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a) leczone zachowawczo	3-5%
b) leczone operacyjnie	6-10%
95. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa, kulszowa)	5%
b) w odcinku przednim obustronnie	8%
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) bez przemieszczenia	10%
d) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgainge'a) z przemieszczeniem – leczone operacyjnie	15%
96. Złamanie dna panewki kolumny przedniej i tylnej (zwichnięcie centralne) w zależności od upośledzenia funkcji stawu i zmian zniekształcających (stopień przemieszczenia ocenia się po zakończeniu leczenia):	
a) I stopnia	4-6%
b) II stopnia	7-10%
c) III stopnia	11-15%
d) IV stopnia	16-30%
97. Izolowane złamanie miednicy bez przerwania obręczy kończyny dolnej (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy, kość krzyżowa):	
a) jednomiejscowe	3%
b) wielomiejscowe	5%
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	
L. Uszkodzenia kończyny górnej	
OBRĘCZ KOŃCZYNY GÓRNEJ	
Uwaga: Przy uszkodzeniach kończyn górnych u mańkutów stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustala się według zasad przewidzianych w tabeli, przyjmując dla uszkodzeń ręki prawej procenty ustalone dla ręki lewej, a dla uszkodzeń ręki lewej procenty ustalone dla ręki prawej. Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji (chyba, że w tabeli poniżej zaznaczono inaczej).	

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

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

112. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	60%	55%
b) przy dłuższych kikutach	55%	50%
ŁOKIEĆ		
113. Uszkodzenia stawu łokciowego – złamanie dalszego końca kości ramiennej, bliższego końca kości łokciowej, głowy kości promieniowej, blizny:		
a) skręcenia (z ograniczeniem ruchomości)	2%	1%
b) zwichnięcia wymagające repozycji przez lekarza	4%	3%
c) złamania wygojone bez istotnego przemieszczenia	5%	4%
d) złamania wygojone z wyraźnym przemieszczeniem	8%	6%
e) złamania leczone pierwotną protezoplatyką	15%	12%
114. Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	15%	12%
b) z barkiem ruchów obrotowych	17%	15%
c) w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	25%	22%
115. Wiszący staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	10-20%	5-20%
116. Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 113-115, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
PRZEDRAMIĘ		
117. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a) bez przemieszczenia, bez deficytów ruchomości, ze skargami subiektywnymi	3%	2%
b) wygojone z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi < 10°, skróceniem do 3 cm, deficytem ruchomości do 30%	5%	4%
c) wygojone z przemieszczeniem i zaburzeniem osi <20°, skróceniem >3 cm, deficytem ruchomości powyżej 30%	8%	6%
d) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	5%	5%
118. Złamania w obrębie dalszego końca jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a) izolowane złamanie wyrostka rylcowatego kości promieniowej lub łokciowej	2%	1%
b) niewielkie zniekształcenia i deficyt zgięcia grzbietowego i dłoniowego po -10°	3%	2%
c) wyraźne zniekształcenie z ograniczeniem ruchomości nadgarstka i rotacji przedramienia po -20°	6%	5%
d) ze zniekształceniem i dużymi zaburzeniami funkcji i ruchomości, zmianami wtórnymi (troficzne, krążeniowe neurologiczne itp.)	8-16%	6-12%
119. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi, stawem rzekomym ocenia się według pozycji 117-118, zwiększając stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu o:	5%	5%
120. Uszkodzenie tkanek miękkich przedramienia i nadgarstka (rany wymagające szycia, mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (od 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
NADGARSTEK		
121. Złamanie kości nadgarstka w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych		
a) wygojone bez przemieszczenia z deficytem ruchomości do 30% zakresu	3%	2%
b) wygojone z przemieszczeniem z deficytem ruchomości powyżej 30% zakresu	5%	4%
122. Utrata kończyny w obrębie przedramienia i nadgarstka – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55%	50%
123. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10%	
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	15%	
124. Uszkodzenia nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 123 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	5%	
ŚRÓDRĘCZE		
125. Złamania kości śródręcza:		
a) I lub II kości śródręcza (za każdą kość):		

– bez przemieszczenia	2%	
– z przemieszczeniem	3%	
b) III, IV i V kości śródręcza (za każdą kość):		
– bez przemieszczenia	1%	
– z przemieszczeniem	2%	
126. Uszkodzenie tkanek miękkich śródręcza (rany wymagające szycia powyżej 3 cm., mięśni, ścięgien, naczyń):		
a) rozległe uszkodzenia do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (bez ograniczenie ruchomości)	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe od 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	2%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
KCIUK		
127. Utraty w obrębie kciuka:	**Prawa**	**Lewa**
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	8%	7%
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego – poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	12%	10%
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	17%	15%
128. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	2%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	4%	3%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	8%	7%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	10%	12%
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
PALEC WSKAZUJĄCY		
129. Utraty w obrębie palca wskazującego:		
a) utrata całkowita opuszki	2%	1%
b) utrata części paliczka paznokciowego	4%	3%
c) utrata całkowita paliczka paznokciowego	6%	5%
d) utrata całkowita dwóch paliczków	8%	7%
e) utrata trzech paliczków	12%	10%
f) utrata palca wskazującego z kością śródręcza	20%	15%
130. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (rany wymagające szycia, uszkodzenia ścięgien, złamania, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany bez ograniczenia ruchomości	1,5%	1%
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 10%-30%	3%	2%
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	5%	4%
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	8%	7%
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
131. Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a) utrata części paliczka	1%	
b) palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	2%	
c) palca piątego – za każdy paliczek	1,5%	
132. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	4%	
133. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (rany wymagające szycia, złamania, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienia, zmiany troficzne, czuciowe, protezy, itp.) powodujące:		
a) niewielkie zmiany z niewielkim ograniczeniem ruchomości do 20%	1%	
b) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości w przedziale 20%-40%	2%	
c) zmiany z deformacją i ograniczeniem ruchomości powyżej 40%	3%	
d) zmiany z deformacją zmianami wtórnymi i ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	4%	
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
STAW BIODROWY		
134. Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	60-70%	

135. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp. – oceniać wg punktu 140 poniżej	
136. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	10-30%
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	31-40%
137. Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięć, złamań bliższego końca kości udowej, złamań szyjki, złamań przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamań krętarzy itp.) – w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skrócenia, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) złamania prawidłowo wygojone z nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	6%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	12%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	16%
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (staw wiszący, zmiany kręgosłupa, stawu krzyżowo-biodrowego, kolana itp.)	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
138. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi	+5%
Uwaga: Jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zgłaszane są często następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych należy szczególną uwagę zwracać na istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a wypadkiem.	
UDO	
139. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, nieznacznymi zmianami i skróceniem do 2 cm i zanikami mięśni uda do 2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi i skróceniem od 2 cm do 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego i kolanowego do 30%, zanikami mięśni >2 cm i niewydolnością chodu	10%
c) z dużymi zmianami wtórnymi, ze skróceniem powyżej 5 cm, ograniczeniem ruchomości stawu biodrowego powyżej 30%, zaniki mięśniowe < 2 cm, z dużą niewydolnością chodu (stosowanie kul, lasek itp.)	15%
140. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, rany wymagające szycia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) – w zależności od zaburzeń funkcji itp.:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenia ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
141. Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	5-10%
142. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
143. Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 139-142 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o:	10-40%
Uwaga: Łączny stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 143 nie może przekroczyć 60%.	
144. Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do protezowania	50-70%
KOLANO	
145. Uszkodzenia stawu kolanowego w następstwie złamań kości tworzących staw – w zależności od zakresu ruchów, niestabilności, zniekształceń i różnego rodzaju zmian wtórnych:	
a) z niewielkim deficytem ruchomości do 20%, bez objawów niestabilności, zaniki mięśni uda do 2 cm	4%
b) średnie zmiany: objawy niestabilności, zaburzenia osi kończyny, zaniki mięśni >2 cm ograniczenie ruchomości do 30°, niewydolność chodu	10%
c) duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >30° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
d) zesztywnienie całkowite stawu kolanowego	20%
e) leczenie uszkodzenia pierwotną aloplastyką stawu	15%
146. Uszkodzenia stawów kolanowych: więzadłowe, torebkowe, łąkotek – w zależności od niestabilności i ubytku funkcji:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości i dolegliwościami subiektywnymi	2%
b) objawy niestabilności, ograniczenie ruchów do 30%, meniscectomie, przebyte rekonstrukcje więzadeł, zaniki mięśni 1-2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
c) niestabilności złożone, ograniczenie ruchomości >30%, zaniki mięśni > 2 cm (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	10%

d) bardzo duże zmiany z niestabilnością wielopłaszczyznową dużego stopnia, zanikami mięśni >4 cm, wysiękiem, ograniczeniem ruchomości >50° i niewydolność chodu wymagająca stałego używania stabilizatora i stosowania kul, lasek itp.	15%
e) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wyłączone zwichnięcia nawykowe, samo nastawienia)	2%
Uwaga: prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do120° dla zgięcia.	
147. Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a) złamania prawidłowo wygojone z zachowaną osią, skróceniem do 2 cm z niewielkim ograniczeniem ruchów stawu skokowego, kolanowego, zanikiem mięśni <2 cm	5%
b) ze zmianami wtórnymi, skróceniem 2-5 cm, zaburzenia osi kończyny, zanikiem mięśni >2 cm ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego do 30%	10%
c) z bardzo dużymi wtórnymi zmianami ze skróceniem >5 cm, duże zaburzenie osi kończyny rozległymi zmianami wtórnymi, dużym ograniczeniem ruchów stawu skokowego i kolanowego powyżej 30%, niewydolność chodu wymagająca stosowania kul, lasek	15%
148. Powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	+5%
149. Izolowane złamanie kości strzałkowej (oprócz kostki bocznej)	2%
150. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, rany wymagające szycia, uszkodzenia mięśni i ścięgna Achillesa – zależnie od rozległości uszkodzenia, zaburzeń czynnościowych:	
a) rozległe uszkodzenia (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych) bez ograniczenie ruchomości	1%
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe powyżej 5 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni – uszkodzenia mięśni potwierdzone w badaniach obrazowych (z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%)	3%
c) uszkodzenia ścięgna Achillesa (z urazu bezpośredniego) – leczone operacyjnie	5%
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%
Uwaga: Przy urazach pośrednich, wysiłkowych mięśni i ścięgien (np. ścięgno Achillesa, ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, mięśnia trójgłowego łydki, mięśnia czworogłowego uda, przywodzicieli uda itp.) należy uwzględnić stan chorobowy w wysokości 50% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.	
151. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do zaprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50%
b) przy dłuższych kikutach	35-45%
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
152. Uszkodzenie stawu skokowego (w następstwie wykręcenia, zwichnięcia, ran wymagających szycia – pow. 4 cm), ze zniekształceniem, upośledzeniem funkcji ruchowej i statycznej stopy – w zależności od ich stopnia i dolegliwości:	
a) leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator) z niewielkim deficytem ruchomości	1%
b) miernego stopnia dolegliwości, z ograniczeniem zgięcia grzbietowego i podeszwowego stawu skokowo-goleniowego powyżej 20% (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	3%
c) z ograniczeniem ruchów stawu skokowo goleniowego powyżej 50% z deformacją i objawami niestabilności (uszkodzenia potwierdzone w badaniach obrazowych)	5%
d) dużego stopnia zniekształcenia, upośledzeniem chodu, powikłania w postaci przewlekłego zapalenia kości, stawu, przetokami, martwicą aseptyczną, zmianami neurologicznymi itp. wymagające stosowania kul, lasek itp.	10%
153. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i skokowo piętowego, nasad dalszych kości podudzia – w zależności od zniekształceń, ograniczenia ruchomości itp.:	
a) złamanie izolowane kostki z ograniczeniem ruchomości do 20%	3%
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 50%	5%
c) dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50% z wyraźną deformacją	10%
154. Zesztywnienie stawu skokowego – w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego	10%
b) w ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	15%
Uwaga: Uszkodzenia skóry okolicy stawu goleniowo-skokowego oceniamy według punktu 160 poniżej.	
155. Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	3%
b) średniego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 30%	5%
c) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości powyżej 50% (z wyraźną deformacją)	8%
d) znacznego stopnia ze zniekształceniami kości lub z powikłaniami wtórnymi – wymagającego zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne	12%
156. Utrata kości piętowej lub kostkowej – w zależności od dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, zaburzeń statyki:	
a) częściowa – powyżej 30%	10%
b) całkowita	20%

157. Uszkodzenie kości stepu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych:		
a) niewielkiego stopnia bez ograniczenia ruchomości	1%	
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 20%	3%	
c) znacznego stopnia lub z powikłaniami i ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	5%	
158. Złamania kości śródstopia:		
a) złamanie jednej kości z niewielkim przemieszczeniem	2%	
b) złamania dwóch kości z przemieszczeniem i zniekształceniem	3%	
c) złamanie trzech kości ze zniekształceniem	5%	
d) złamanie czterech kości ze zniekształceniem	7%	
e) złamania wielu kości ze zniekształceniem i upośledzeniem chodu	10%	
159. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 152 powyżej, zwiększając stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań o:	5%	
160. Inne uszkodzenia stopy (rany wymagające szycia) i zmiany zniekształcające – w zależności od stopnia upośledzenia czynności:		
a) rozległe (do 5 cm długości lub powyżej 3 cm^2 powierzchni) bez ograniczeń ruchomości	1%	
b) zmiany z zaburzeniami funkcji – rozległe (powyżej 10 cm długości lub powyżej 5 cm^2 powierzchni) z ograniczeniem ruchomości powyżej 30%	3%	
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 2% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1%	
161. Utrata stopy w całości	45%	
162. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	35%	
163. Utrata stopy w stawie Lisfranka	25%	
164. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	10-15%	
PALCE STOPY		
165. Uszkodzenie palucha:		
a) rany wymagające szycia, złamania bez przemieszczenia	1%	
b) zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	2-3%	
166. Utrata palucha:		
a) paliczka paznokciowego	4%	
b) utrata całego palucha	8%	
167. Utrata palucha wraz z I kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	8-15%	
168. Utrata palców II-V za każdy utracony palec:		
a) w części – ½ długości	1%	
b) w całości	2%	
169. Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	3-10%	
170. Utrata palców II-IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5%	
171. Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – za każdy palec	0,5%	
N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	**Prawa**	**Lewa**
172. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	7%	5%
b) nerwu piersiowego długiego	8%	5%
c) nerwu pachowego	3-10%	3-8%
d) nerwu mięśniowo-skórnego	3-10%	3-8%
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	5-30%	5-20%
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia, gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	5-20%	5-15%
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-15%	3-10%
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	3-10%	2-8%
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	5-20%	5-15%
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	3-15%	2-10%
k) nerwu łokciowego	3-15%	3-10%
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-20%	10-15%
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-25%	10-20%
m) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-5%	
n) nerwu zasłonowego	2-8%	
o) nerwu udowego	2-15%	
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	2-8%	
r) nerwu sromowego wspólnego	3-8%	

s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40%
t) nerwu piszczelowego – (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	5-20%
u) nerwu strzałkowego	2-10%
w) splotu lędźwiowo-krzyżowego	10-40%
z) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1–5%
Uwaga: Według pozycji 172 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych należy stosować ocenę według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych. Konieczna ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (EMG).	
173. Zawały mięśnia serca pełnościenne:	
a) ściana przednia	10%
b) ściana dolna	10%
c) ściana boczna	10%
d) ściana tylna	10%
e) dwie lub więcej ścian lub jedna i więcej ścian z koniuszkiem serca	15%
f) koniuszek serca	5%
g) zawał podwsierdziowy (niepełnościenny), niezależnie od lokalizacji	5%
h) pęknięcie mięśnia brodawkowatego	10%
i) pęknięcie przegrody międzykomorowej	15%
j) pozawałowy tętniak mięśnia serca	5%
174. Udar krwotoczny (krwotok śródmózgowy, wylew krwi do mózgu), którego skutkiem jest:	
a) niedowład jednej kończyny	3,5%
b) paraliż jednej kończyny	5%
c) niedowład dwóch kończyn	8,5%
d) paraliż dwóch kończyn	12%
e) niedowład trzech lub czterech kończyn	16%
f) paraliż trzech lub czterech kończyn	20%
g) niedowład dotyczące twarzy	5%
h) porażenie dotyczące twarzy	10%
i) niedowidzenie połowicze	5%
j) niedowidzenie obustronne	10%
k) nietrzymanie moczu	5%
l) nietrzymanie moczu i stolca lub nietrzymanie stolca	10%
ł) zaburzenia czucia bólu lub/i temperatury	2,5%
m) wzgórzowy zespół bólowy	7,5%
n) dysfazja lub afazja (upośledzenie lub zniesienie zdolności rozumienia mowy albo zdolności wyrażania słowami myśli albo upośledzenie zdolności nazywania przedmiotów mimo zachowanej sprawności ruchowej aparatu wykonawczego mowy)	5%
o) dyspraksja lub apraksja (zaburzenia wykonywania celowych czynności ruchowych przy braku niedowładów, niezborności ruchów lub zaburzeń psychicznych)	5%
p) dysgnozja lub agnozja (upośledzenie zdolności rozpoznawania przedmiotów i zjawisk spowodowane nieprawidłowym pojmowaniem i przetwarzaniem wrażeń odbieranych za pośrednictwem jakiegokolwiek zmysłu)	5%
r) zaburzenia pamięci lub/i splątanie	5%
s) aleksja (upośledzenie lub niemożność czytania przy prawidłowej czynności narządu wzroku)	2,5%
t) akalkulia (upośledzenie zdolności liczenia)	2,5%
u) agrafia (upośledzenie zdolności pisania)	2,5%

Uwaga: W Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy, Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz w Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku mają zastosowanie jedynie punkty 1 – 172.

W Ogólnych warunkach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca mają zastosowanie punkty 1-174.

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 14/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group z dnia 15 marca 2019 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, zawartych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz następujących ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia:

1) Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub

2) Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, lub

3) Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy, lub

4) Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

5) Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

TABELA TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA

Rodzaj trwałej utraty zdrowia	Stopień trwałej utraty zdrowia
Uszkodzenia głowy	
1. Uszkodzenie powłok czaszki:	
a) powłok bez ubytków kostnych	5%
b) całkowite oskalpowanie	25%
2. Uszkodzenie kości czaszki:	
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienia, fragmentacje, szczeliny itp.)	5%
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5 cm^2	7%
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm^2 lub większej	15%
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand – mal (rodzaj i ilość napadów musi być potwierdzony dokumentacją medyczną):	
a) z częstymi napadami grand - mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%
b) z rzadkimi napadami grand - mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%
4. Całkowita utrata mowy w skutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%
Uszkodzenia twarzy	
5. Uszkodzenie powłok twarzy:	
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	5%
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%
6. Utrata nosa:	
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%
b) częściowa utrata nosa	5%
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%
8. Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%
9. Złamanie szczęki	5%
10. Złamanie żuchwy	5%
11. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%
12. Ubytek podniebienia	15%
13. Utrata języka:	
a) częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%
b) całkowita	50%
Uszkodzenia narządu wzroku	
14. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku jednego lub obu oczu należy oceniać według tabeli poniżej (ostrość wzroku ocenia się w zawsze po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego):	

Ostrość wzroku: oko prawe / oko lewe	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9 (9/10)	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8 (8/10)	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7 (7/10)	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6 (6/10)	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5 (5/10)	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4 (4/10)	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3 (3/10)	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2 (2/10)	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%
0,1 (1/10)	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%

15. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szkłami:	
a) jednego oka	15%
b) obu oczu	30%

16. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:

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

17. Połowicze niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60%
b) dwunosowe	30%
c) jednoimienne	25%
d) jednoimienne górne	10%
e) jednoimienne dolne	40%
Uszkodzenia narządu słuchu	
18. Utrata małżowiny usznej:	
a) całkowita utrata	10%
b) częściowa utrata	3%

19. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej (należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz):

Ubytek słuchu w uchu prawym	0–25 dB	26–40 dB	41–70 dB	Pow. 70 dB
Ubytek słuchu w uchu lewym	Stopień trwałej utraty zdrowia			
0 – 25 dB	0%	5%	10%	20%
26 – 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 – 70 dB	10%	20%	30%	40%
Pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

Uszkodzenia szyi i jej narządów	
20. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	10%
21. Uszkodzenia krtani z jej zwężeniem:	
a) nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	10%
b) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	35%
22. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem	20%
23. Uszkodzenia przełyku:	
a) powodujące trudności w odżywianiu	10%
b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami	30%
c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową	80%
Uszkodzenia klatki piersiowej i jej narządów	
24. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)	10%
25. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)	25%
26. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro	1,5%
27. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście	5%
28. Całkowita utrata jednego płuca	40%
29. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płat	15%
30. Uszkodzenie serca:	
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany	30%
b) bez przerwania ciągłości jego ściany	10%
Uszkodzenia jamy brzusznej	
31. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej	8%

Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem.

32. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
33. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
34. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbyt:	
a) jelita cienkiego	35%
b) jelita grubego	25%
35. Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60%
36. Przetoka okołoodbytnicza	10%
37. Całkowite usunięcie śledziony	15%
38. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
39. Uszkodzenie trzustki, powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	20%
Uszkodzenia narządów moczowo – płciowych	
40. Całkowita utrata jednej nerki	40%
41. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	20%
42. Całkowita utrata prącia	40%
43. Całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
44. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	40%
45. Całkowita utrata macicy, do 50 roku życia	40%
46. Całkowita utrata macicy, powyżej 50 roku życia	20%
Całkowita fizyczna utrata	
47. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	75%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
c) w obrębie przedramienia	55%
d) na poziomie nadgarstka	50%
48. Kciuk w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	15%
49. Palec wskazujący w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	7%
50. Inny palec dłoni w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
51. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	75%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c) w obrębie podudzia	50%
d) stopa w całości	40%
e) stopa z wyłączeniem pięty	30%
52. Paluch w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
53. Inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%
Całkowita i trwała utrata władzy	
54. Kończyna górna:	
a) w stawie barkowym	65%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c) w obrębie przedramienia	45%
d) na poziomie nadgarstka	40%
55. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
56. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
57. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
58. Kończyna dolna:	
a) w stawie biodrowym	65%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c) w obrębie podudzia	40%
d) stopa w całości	30%
e) stopa z wyłączeniem pięty	20%

59. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
60. Inny palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Złamania – kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy	
61. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
62. Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
Złamania – narząd ruchu	
63. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej):	
a) wieloodłamowe otwarte	25%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamania wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
64. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki:	
a) wieloodłamowe otwarte	16%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
65. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia:	
a) wieloodłamowe otwarte	12%
b) inne złamania otwarte	10%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	5%
66. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka:	
a) wieloodłamowe otwarte	10%
b) inne złamania otwarte	8%
c) inne złamanie wieloodłamowe	6%
d) inny rodzaj złamania	4%
67. Złamania kości palców dłoni (za wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródręcza:	
a) złamania otwarte, za każde złamanie	2%
b) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%
Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej	
68. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
69. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
70. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
71. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2 – 6 cm	10%
b) powyżej 6 cm	25%
72. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
73. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
74. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%
Wytworzenie stawu rzekomego	
75. Staw rzekomy kości udowej	25%
76. Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
77. Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
78. Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
79. Staw rzekomy obojczyka	15%
80. Staw rzekomy kości ramieniowej	25%
81. Staw rzekomy kości promieniowej	15%
82. Staw rzekomy kości łokciowej	10%
83. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%
Uwaga: Łączny procent trwałej utraty zdrowia stwierdzony na podstawie poz. 54–60 i 64–83, nie może być wyższy niż procent trwałej utraty zdrowia przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 47–53 powyżej.	
Oparzenia	
84. Oparzenia – wyłącznie II i III stopnia:	
a) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
b) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	20%
c) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%

Tabela trwałej utraty zdrowia w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 14/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15 marca 2019 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, zawartych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA GRUPA" O SYMBOLU BRP-2312

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Bezpieczna Grupa" o symbolu BRP-2312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1) w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej po ust. 16, dodaje się ust. 16a w brzmieniu:

„16a. Lekomania (inaczej: zależność lekowa lub lekozależność) – uzależnienie od leków, forma toksykomanii, która wywołuje stan psychiczny lub fizyczny, wynikający z interakcji leku i żywego organizmu, charakteryzujący się zmianami zachowania zawsze łącznie z przymusem stałego lub okresowego zażywania leku, w celu doznania oczekiwanego efektu psychicznego lub fizycznego lub w celu uniknięcia nieprzyjemnych doznań związanych z brakiem leku."

2) § 14 ust. 3 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**4)** chorobą lub zatruciem się Osoby ubezpieczonej spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo Lekomanią,"

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą 30/2013 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 czerwca 2013 r. wchodzi w życie z dniem 01 sierpnia 2013 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA GRUPA”

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-2312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 7 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, po ust. 2 dodaje się ust. 2 a) o następującym brzmieniu:

„**2 a)** osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia określona w ust. 2) powyżej, w dniu podpisania Deklaracji zgody nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym,”.

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 81/2014 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 16 października 2014 r. wchodzi w życie z dniem 16 października 2014 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 16 października 2014 r. lub w terminie późniejszym.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Wolfgang Stockmeyer
Członek Zarządu

ANEKS NR 5 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA GRUPA (2012) O SYMBOLU BRP-2312 ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-2312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 2 ust. 24 zdanie drugie ogólnych warunków, o których mowa powyżej, otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu, z zachowaniem postanowień § 23 ust. 8.".

2. w § 2 po ust. 34 dodaje się ust. 35-38 o następującym brzmieniu:

1) „**35. Agent ubezpieczeniowy (Agent)** – przedsiębiorca, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.";

2) „**36. Dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa** – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia.";

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

4) „**38. Środki odurzające** – środki odurzające lub substancje psychotropowe lub środki zastępcze w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.".

3. § 9 ust. 9 zdanie drugie otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danej osoby, Towarzystwo zwróci Składkę zapłaconą za tę osobę Ubezpieczającemu na konto bankowe wskazane przez Ubezpieczającego w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji o numerze konta bankowego albo, o ile Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, Towarzystwo zaliczy wpłaconą Składkę za tę osobę na poczet następnej należnej Składki za grupę. W przypadku, gdy koszt finansowania Składki ponosi osoba, za którą zapłacona Składka ma być zwrócona, zgoda Ubezpieczającego, o której mowa w zdaniu poprzednim wymaga zgody tej osoby przedłożonej Towarzystwu.".

4. w § 16 po ust. 2 dodaje się ust. 3 oraz ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**3.** Towarzystwo po otrzymaniu oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu część zapłaconej Składki za grupę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

4. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.".

5. w § 17 skreśla się ust. 2.

6. w § 19 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:

„**3.** W przypadku cofnięcia przez Osobę ubezpieczoną zgody na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej wygasa w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę za daną Osobę ubezpieczoną w pełnej wysokości, ale nie później niż w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym zaprzestano potrącać Składkę za daną Osobę ubezpieczoną.".

7. § 20 ust. 7 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**7.** Umowę indywidualnie kontynuowaną zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy indywidualnie kontynuowanej, dostępnego na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, doręczonego do Siedziby Towarzystwa w terminie do ostatniego dnia miesiąca następującego po ostatnim miesiącu okresu, za który została opłacona ostatnia Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia za osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 1) albo 2) powyżej, bądź za zmarłą Osobę ubezpieczoną będącą Pracownikiem, o której mowa w ust. 2 pkt 3) powyżej.".

8. § 21 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia za pośrednictwem poczty lub osobiście w Siedzibie Towarzystwa lub poprzez zgłoszenie roszczenia przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl. Wniosek, o którym mowa w zdaniu drugim dostępny jest na stronie internetowej www.compensa.pl, oraz u Agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu i na rzecz Towarzystwa, jak i w Siedzibie Towarzystwa, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.".

9. § 21 po ust. 2 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.".

10. § 21 ust. 3 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1)** kopię dokumentu tożsamości lub wypis z dokumentu tożsamości znajdujący się na stronie internetowej Towarzystwa,".

11. § 21 ust. 3 zdanie drugie otrzymuje nowe następujące brzmienie:

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

12. w § 21 po ust. 5 dodaje się ust. 5a o następującym brzmieniu:

„**5a.** Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych

w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.”.

13. § 21 ust. 8 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**8.** Do osób uprawnionych do Świadczenia zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z ust. 1 powyżej, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www, który jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl,z zastrzeżeniem, że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia.”.

14. w § 21 po ust. 8 dodaje się ust. 9-13 o następującym brzmieniu:

„**9.** Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

10. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 9 powyżej, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

11. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 9 powyżej;

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 9 powyżej informacji;

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 9 powyżej nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 9 powyżej.

12. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 9 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

13. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 9 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.”.

15. § 23 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Z zachowaniem postanowień § 26a ust. 1-8 OWU zawiadomienia, oświadczenia składane przez strony Umowy ubezpieczenia, wnioski Ubezpieczającego, Osób ubezpieczonych kierowane do Towarzystwa powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie, z zastrzeżeniem, że strony Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający oraz Osoba ubezpieczona mogą dokonywać zawiadomień i oświadczeń w inny uzgodniony sposób, o ile nie jest to sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa.”.

16. w § 23 po ust. 7 dodaje się ust. 8 o następującym brzmieniu:

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

17. § 26 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**§ 26. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA NIEBĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ**

1. Ubezpieczającemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia niebędącym osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera – na adres Siedziby Towarzystwa;

b) osobiście, pozostawiając pisemną skargę lub zażalenie w Siedzibie Towarzystwa;

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu: 22 501 61 00.

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi lub zażalenia, skarga lub zażalenie powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie;

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie;

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia (polisa, świadectwo ubezpieczeniowe, inne).

4. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie Towarzystwo potwierdzi pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą, fakt złożenia przez nią skargi lub zażalenia.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, Towarzystwo zobowiązane jest:

1) wyjaśnić przyczyny braku możliwości dotrzymania terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym;

2) wskazać okoliczności, które muszą zostać ustalone;

3) wskazać przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.

6. Złożenie skargi lub zażalenia niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi lub zażalenia.

7. Odpowiedź Towarzystwa na skargę lub zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono z osobą wskazaną w ust. 1 powyżej składającą skargę lub zażalenie inną formę odpowiedzi.

8. Jeśli życzeniem osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i osoba ta wyraziła zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest jej tą drogą.

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca skargę lub zażalenie ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażaleń wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego oraz z powództwem do sądu powszechnego.

11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla siedziby osoby wskazanej w ust. 1 składającej skargę lub zażalenie.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

18. po § 26 dodaje się § 26a o następującym brzmieniu:

„§ 26a. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE REKLAMACJI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA BĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ (W TYM OSOBĄ FIZYCZNĄ WYKONUJĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ LUB ZAWODOWĄ W RAMACH TZW. JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB SPÓŁKI CYWILNEJ)

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) przysługuje prawo złożenia Reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć Reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie;

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu: 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej;

3) w formie elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.pl.

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi, skarga powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę;

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę;

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę wyrażą zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia (polisa, świadectwo ubezpieczeniowe, inne).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację Towarzystwo potwierdzi fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia;

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpoznania sprawy;

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.

9. Odpowiedzi na Reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera, chyba że osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamacje wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi drogą elektroniczną. W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej składającą Reklamację.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składająca Reklamację ma prawo:

1) odwołać się do Towarzystwa;

2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

11. Niezależnie od trybu rozpatrywania Reklamacji wskazanego w ust. 1 – 10 powyżej osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzanego przez Rzecznika Finansowego;

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa;

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

12. Towarzystwo polega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

19. § 27 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) art. 21 ust. 1 pkt. 4 w związku z art. 24 ust. 15 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r.
Nr 14, poz. 176 ze zm.), w brzmieniu: „Wolne od podatku dochodowego są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.”;

2) art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy, o której mowa w pkt. 1, w brzmieniu: „Od uzyskanych dochodów (przychodów) pobiera się 19 % zryczałtowany podatek dochodowy, z zastrzeżeniem art. 52a: od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych.”;

3) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 ze zm.), w brzmieniu: „Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”;

4) art. 19 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt. 3, w brzmieniu: „Podatek, z zastrzeżeniem art. 21 i 22, wynosi 19% podstawy opodatkowania.”.

20. po § 27 dodaje się § 27a o następującym brzmieniu:

„§ 27a. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

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

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego

wypadku (GNW) o symbolu BRP-2412 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GNZ) o symbolu BRP-2512 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 4 zdanie drugie otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.".

2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".

3. § 6 ust. 2 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1)** śmierci w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, oraz protokół badania sekcyjnego, o ile badanie sekcyjne zostało wykonane,".

4. § 6 ust. 2 pkt 2) lit. d) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**d)** protokół badania sekcyjnego, o ile badanie zostało wykonane.".

5. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:

„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) o symbolu BRP-2612 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.

2. Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GWP) o symbolu BRP-2712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".

2. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

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

1) kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn Nieszczęśliwego wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy;

2) kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej.".

3. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:

„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 6.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) o symbolu BRP-2812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".

2. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:

„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 7.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU) o symbolu BRP-2912 zatwierdzonych

Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 5 skreśla się ust. 2 oraz ust. 3.

2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.".

3. w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:

„**7.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 8.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GTZ) o symbolu BRP-3012 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 5 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2)** uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub był skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.".

2. w § 5 skreśla się ust. 6 oraz ust. 7.

3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.".

4. w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:

„**7.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 9.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GTUP) o symbolu BRP-3112 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 5 skreśla się ust. 2 oraz ust. 3.

2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.".

3. w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:

„**7.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 10.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTR) o symbolu BRP-3212 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 5 skreśla się ust. 2 oraz ust. 3.

2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6 poniżej.".

3. w § 6 po ust. 5 dodaje się ust. 6 o następującym brzmieniu:

„**6.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 11.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty (GCT) o symbolu BRP-3312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.".

2. w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:

„**7.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 12.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPNP) o symbolu BRP-3412 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.".

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy

ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 13.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPOP) o symbolu BRP-3512 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 5 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**3)** uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.”.

2. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.”.

3. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 14.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (GZUP) o symbolu BRP-3612 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.”.

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 15.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) o symbolu BRP-3712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**4.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 5-6 poniżej.”.

2. w § 6 po ust. 5 dodaje się ust. 6 o następującym brzmieniu:

„**6.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 16.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GPP) o symbolu BRP-3812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.”.

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 17.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (GPK) o symbolu BRP-3912 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.”.

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 18.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy (GPKP) o symbolu BRP-4112 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.”.

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 19.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) o symbolu BRP-4212 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.".

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 20.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPRCN) o symbolu BRP-4312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.".

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 21.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego (GLS) o symbolu BRP-4412 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**3.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie specjalistyczne Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.".

2. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.".

3. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 22.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) o symbolu BRP-4512 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.".

2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:

„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 23.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy (GCP) o symbolu BRP-4612 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 4 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**3)** uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.".

2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.".

3. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**2.** Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz kopię zwolnienia lekarskiego wystawionego na druku ZUS ZLA lub kopie zwolnień lekarskich wystawionych na drukach ZUS ZLA dotyczących okresów, między którymi nie ma ani jednego dnia przerwy, potwierdzające wystąpienie i okres trwania odpowiednio: Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Czasowej niezdolności do pracy w następstwie Choroby.".

4. w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:

„**7.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 24.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNPW) o symbolu BRP-4712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. w § 5 skreśla się ust. 2 oraz ust. 3.
2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.
3. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 25.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby (GNPC) o symbolu BRP-4812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. w § 5 skreśla się ust. 4 oraz ust. 5.
2. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 26.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania wariant standardowy (GPZ1), wariant plus (GPZ2), wariant max (GPZ3) o symbolu BRP-4912 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 7 ust. 3 zdanie drugie otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.”.
2. w § 7 skreśla się ust. 8 oraz ust. 9.
3. § 8 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.
4. w § 8 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 27.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) o symbolu BRP-5012 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 ust. 3 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1)** uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.”.
2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 – 5 poniżej.”.
3. w § 6 po ust. 4 dodaje się ust. 5 o następującym brzmieniu:
„**5.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 28.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) o symbolu BRP-5312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**4.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.”.
2. w § 5 po ust. 4 dodaje się ust. 5 o następującym brzmieniu:
„**5.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.”.
3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje

na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 – 3 poniżej.".
4. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 29.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) o symbolu BRP-5412 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.
3. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
4) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią;
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
4. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.".
2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".
3. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 30.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPNM) o symbolu BRP-5512 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.".
2. w § 5 po ust. 1 dodaje się ust. 1a – 1c o następującym brzmieniu:
„**1a.** Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
4) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo

Lekomanią;
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
1b. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
1c. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka Osoby ubezpieczonej w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w następstwie lub w związku z:
1) atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności;
2) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Małżonka Osoby ubezpieczonej;
3) prowadzeniem jakiejkolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego;
4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem.".
3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".
4. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 31.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTUM) o symbolu BRP-5612 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.".
2. w § 5 po ust. 1 dodaje się ust. 1a oraz ust. 1b o następującym brzmieniu:
„**1a.** Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
4) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią;
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
1b. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.".
3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.".
4. w § 6 po ust. 6 dodaje się ust. 7 o następującym brzmieniu:
„**7.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 32.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka wariant standardowy (GPZM1), wariant plus (GPZM2) o symbolu BRP-5712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 6 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**3.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.”.
2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 3a – 3c o następującym brzmieniu:
„**3a.** Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
4) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią;
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
3b. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3c. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Małżonka Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.”.
3. § 7 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.”.
4. w § 7 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 33.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka (GUD) o symbolu BRP-5812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.”.
2. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 34.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka (GOD) o symbolu BRP-5912 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.”.
2. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 35.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka (GZD) o symbolu BRP-6012 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**4.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.".

2. w § 5 po ust. 4 dodaje się ust. 5 o następującym brzmieniu:

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

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

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej;

4) samobójstwem popełnionym przez Dziecko w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.".

3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".

4. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:

„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 36.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) o symbolu BRP-6112 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

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

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

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

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej;

4) samobójstwem popełnionym przez Dziecko w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.

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

1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;

3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;

4) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią;

5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;

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

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

2. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".

3. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:

„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 37.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (GPZD) o symbolu BRP-6212 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 6 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

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

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Dziecka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Dziecko przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Dziecko w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.".
2. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 3a – 3c o następującym brzmieniu:
„**3a.** Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
4) chorobą lub zatruciem się Dziecka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią;
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Dziecko podróżowało jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Dziecko sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Dziecka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
3b. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Dziecko pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Dziecko odmówiło wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawało pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3c. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.".
3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej.".
4. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 38.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia (GZR) o symbolu BRP-6312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**4.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Rodzica lub Teścia nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.".
2. w § 5 po ust. 4 dodaje się ust. 5 o następującym brzmieniu:
„**5.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Rodzica lub Teścia w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Rodzica lub Teścia przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Rodzica lub Teścia w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.".
3. § 6 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**1.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-3 poniżej.".
4. w § 6 po ust. 2 dodaje się ust. 3 o następującym brzmieniu:
„**3.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.".

§ 39.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPDS) o symbolu BRP-2214 zatwierdzonych Uchwałą Nr 83/2014 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 16 października 2014 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2014 r. lub w terminie późniejszym:
1. § 5 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**4.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, Aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Małżonka w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;
2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;
3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Małżonka

przestępstwa z winy umyślnej;
4) samobójstwem popełnionym przez Małżonka w okresie dwóch lat od dnia początku Okresu ubezpieczenia.”.
2. w § 5 po ust. 4 dodaje się ust. 4a oraz 4b o następującym brzmieniu:
„**4a.** Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo jego okaleczeniem na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwic i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych Środków odurzających;
3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;
4) chorobą lub zatruciem się Małżonka spowodowanymi spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych Środków odurzających albo Lekomanią;
5) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Małżonek podróżował jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
6) zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem przez Małżonka sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Małżonka w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.
4b. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności za Zdarzenia ubezpieczeniowe, jeżeli miały miejsce w następstwie lub związku z Pozostawaniem przez Małżonka pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza lub Środków odurzających. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Małżonek odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pozostawał pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub Środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.”.
3. § 5 ust. 5 pkt 8) otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**8)** uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.”.
4. § 6 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:
„**2.** Wypłata Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w § 21 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3-4 poniżej.”.
5. w § 6 po ust. 3 dodaje się ust. 4 o następującym brzmieniu:
„**4.** Do osób zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z § 21 ust. 1 OWU, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.”.

§ 40.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2 – 39 niniejszego aneksu.
2. Tracą moc postanowienia Aneksu nr 2 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 59/2014 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 10 września 2014 r. oraz Aneksu nr 4 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 117/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 października 2015 r.
3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 163/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, oraz do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowych, o których mowa w § 2 – 39 niniejszego aneksu.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 7 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA GRUPA (2012) O SYMBOLU BRP-2312

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-2312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 37.

2. dotychczasowy § 26 otrzymuje następujące brzmienie:

„**§ 26. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ**

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 26a OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 26a OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 26a ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.”.

3. dotychczasowy § 26a otrzymuje następujące brzmienie:

„**§ 26a. SKŁADANIE REKLAMACJI**

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

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie,

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,

3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.

9. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek – w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

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

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.".

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Tracą moc postanowienia § 1 ust. 2 pkt 3) oraz § 1 ust. 17 oraz § 1 ust. 18 Aneksu nr 5 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 163/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. oraz postanowienia Aneksu nr 6 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/01/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 3 stycznia 2017 r.

3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/02/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 lutego 2018 r. wchodzi w życie z dniem 23 lutego 2018 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 8 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH STANOWIĄCYCH PODSTAWĘ ROZSZERZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA Z TYTUŁU UMÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA GRUPA (2012) O SYMBOLU BRP-2312

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (GZUP) o symbolu BRP-3612 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).”.

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3118 (OWDU GPOP1).”.

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP1, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

5. § 5 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.”.

6. w § 5 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Zawału serca lub Udaru mózgu miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 4 OWDU GPOP1.”.

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) o symbolu BRP-3712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).”.

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3118 (OWDU GPOP1) oraz na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).”.

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP1 i OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

5. § 5 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.”.

6. w § 5 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt na OIOM miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 4 i ust. 5 pkt 2) OWDU GPOP1 lub w § 5 ust. 2 pkt 2) OWDU GPOP2.”.

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GPP) o symbolu BRP-3812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).”.

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).”.

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (GPK) o symbolu BRP-3912 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).”.

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).”.

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy (GPKP) o symbolu BRP-4112 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).”.

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).”.

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.”.

§ 6.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) o symbolu BRP-4212 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).".

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).".

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.".

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.".

§ 7.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPRCN) o symbolu BRP-4312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).".

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3118 (OWDU GPOP1) oraz na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).".

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.".

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP1 i OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.".

5. § 5 ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie:

„**4.** Z zastrzeżeniem ust. 4a poniżej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP."

6. w § 5 dodaje się ust. 4a o następującym brzmieniu:

„**4a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, po którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Osoby ubezpieczonej, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 4 i ust. 5 pkt 2) OWDU GPOP1 lub w § 5 ust. 2 pkt 2) OWDU GPOP2.".

§ 8.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) o symbolu BRP-4512 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2013 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Z zastrzeżeniem ust. 2a poniżej, rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-3512 (OWDU GPOP).".

2. w § 1 dodaje się ust. 2a o następującym brzmieniu:

„**2a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, rozszerzenie zakresu

odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie OWDU może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby o symbolu BRP-3118 (OWDU GPOP1) oraz na podstawie Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-3218 (OWDU GPOP2).".

3. § 1 ust. 3 otrzymuje następujące brzmienie:

„**3.** Z zastrzeżeniem ust. 3a poniżej, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP, o ile OWDU nie stanowią inaczej.".

4. w § 1 dodaje się ust. 3a o następującym brzmieniu:

„**3a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, do Ubezpieczenia dodatkowego stosuje się odpowiednio postanowienia OWU oraz OWDU GPOP1 i OWDU GPOP2, o ile OWDU nie stanowią inaczej.".

5. § 5 ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie:

„**4.** Z zastrzeżeniem ust. 4a poniżej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 5 OWDU GPOP.".

6. w § 5 dodaje się ust. 4a o następującym brzmieniu:

„**4a.** W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu, po którego zakończeniu powstała konieczność zakupu leków w aptece, miał miejsce na skutek okoliczności, o których mowa w § 14 OWU lub w § 5 ust. 4 i ust. 5 pkt 2) OWDU GPOP1 lub w § 5 ust. 2 pkt 2) OWDU GPOP2.".

§ 9.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 1 – 8 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 15/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 marca 2019 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowych, o których mowa w § 1 – 8 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 maja 2019 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 9 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA GRUPA O SYMBOLU BRP-2312

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-2312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r.:

1. po § 27a dodaje się § 27b o następującym brzmieniu:

„**§ 27b. DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE**

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

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 listopada 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 10 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH STANOWIĄCYCH PODSTAWĘ ROZSZERZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA Z TYTUŁU UMÓW UBEZPIECZENIA ZAWARTYCH NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA GRUPA O SYMBOLU BRP-2312

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNPW) o symbolu BRP-4712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 1) otrzymuje następujące brzmienie:

„**1) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – powstała w Okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Osoby ubezpieczonej, będąca następstwem Nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Osoby ubezpieczonej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Osobę ubezpieczoną zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji uznaje się dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec Osoby ubezpieczonej decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Osoby ubezpieczonej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Osoby ubezpieczonej orzeczono po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w Okresie ubezpieczenia, sumuje się.

Za brak zdolności do samodzielnej egzystencji uznaje się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.”.

2. § 4 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

„**2.** Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.”.

3. § 6 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:

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

1) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej,

2) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Osoby ubezpieczonej po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało albo zostały wydane,

3) dokument potwierdzający, że Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem:

a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Osobie ubezpieczonej pomocy medycznej,

4) dane adresowe placówek medycznych, w których Osoba ubezpieczona była leczona.”.

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie choroby (GNPC) o symbolu BRP-4812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 1) i pkt 2) otrzymują następujące brzmienie:

„**1) Całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – powstała w Okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Osoby ubezpieczonej, będąca następstwem Choroby, która na podstawie dokumentacji medycznej Osoby ubezpieczonej lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Osobę ubezpieczoną zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się dzień zdiagnozowania Choroby, a w przypadku wydania wobec Osoby ubezpieczonej decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Osoby ubezpieczonej lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Osoby ubezpieczonej orzeczono po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność

do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w Okresie ubezpieczenia, sumuje się.
Za brak zdolności do samodzielnej egzystencji uznaje się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.
2) Choroba – zdiagnozowany, po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Osoby ubezpieczonej na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWDU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.".
2. § 6 ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie:
„**2.** Do wniosku o wypłatę Świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
1) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej,
2) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Osoby ubezpieczonej po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o Całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Osoby ubezpieczonej na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało albo zostały wydane,
3) dane adresowe placówek medycznych, w których Osoba ubezpieczona była leczona.".

§ 3.
1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 i § 2 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/11/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 23 listopada 2020 r. wchodzi w życie z dniem 23 listopada 2020 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 i § 2 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzony w Polisie przypada w dniu 1 grudnia 2020 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 11 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA GRUPA O SYMBOLU BRP-2312 ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWYCH GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-2312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r.:

1. § 2 ust. 7 otrzymuje następujące brzmienie:

„**7. Partner** – osoba niepozostająca w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, niespokrewniona i niespowinowacona z Pracownikiem, zgłoszona do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, z którą Pracownik pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

1) posiadanie wspólnych dzieci, lub

2) posiadanie wspólnego rachunku bankowego, lub

3) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile Pracownik nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako Partner zgłoszony do Umowy ubezpieczenia przez Pracownika, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba.

Zgłoszenie Partnera może nastąpić ze skutkiem na dzień początku Okresu ubezpieczenia albo na dzień Rocznicy ubezpieczenia. Zmiana zgłoszenia Partnera może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień Rocznicy ubezpieczenia.”.

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu (GZUP) o symbolu BRP-3612 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu na OIOM (GOIOM) o symbolu BRP-3712 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy (GPP) o symbolu BRP-3812 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (GPK) o symbolu BRP-3912 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 1) otrzymuje następujące brzmienie:

„**1) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym,

prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.”.

§ 6.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego przy pracy (GPKP) o symbolu BRP-4112 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 2) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 7.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPRN) o symbolu BRP-4212 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 8.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek rekonwalescencji po pobycie w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPRCN) o symbolu BRP-4312 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 9.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego (GLS) o symbolu BRP-4412 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 9) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 10.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia ze świadczeniem aptecznym (GPSA) o symbolu BRP-4512 zatwierdzonych Uchwałą Nr 42/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 listopada 2012 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 11.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) o symbolu BRP-5012 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r.:
1. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:
„**3) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.”.

§ 12.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) o symbolu BRP-5112 zatwierdzonych Uchwałą Nr 53/2012 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 grudnia 2012 r.:
1. § 2 ust. 1 pkt 17) otrzymuje następujące brzmienie:
„**17) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.”.

§ 13.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia choroby nowotworowej (GLCN) o symbolu BRP-0116 zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/02/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 lutego 2016 r.:
1. § 2 ust. 1 pkt 7) otrzymuje następujące brzmienie:
„**7) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.”.

§ 14.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie choroby (GPOP1) o symbolu BRP-3118 zatwierdzonych Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r.:
1. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:
„**3) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.”.

§ 15.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPOP2) o symbolu BRP-3218 zatwierdzonych Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r.:
1. § 2 ust. 1 pkt 3) otrzymuje następujące brzmienie:
„**3) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny.”.

§ 16.
Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie choroby (GPOM1) o symbolu BRP-3418 zatwierdzonych Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r.:
1. § 2 ust. 1 pkt 7) otrzymuje następujące brzmienie:
„**7) Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej (UE), a w przypadku, gdy państwo będące na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia państwem członkowskim UE wystąpi z UE, również w tym państwie, lub na terytorium państw: Wielka Brytania, Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Watykan, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie

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

§ 17.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPOM2) o symbolu BRP-3518 zatwierdzonych Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 9) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 18.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie choroby (GPDS1) o symbolu BRP-3618 zatwierdzonych Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 7) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 19.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPDS2) o symbolu BRP-3718 zatwierdzonych Uchwałą Nr 2/03/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 8 marca 2019 r.:

1. § 2 ust. 1 pkt 7) otrzymuje następujące brzmienie:

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

§ 20.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 – § 19 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 25/01/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 stycznia 2021 r. wchodzi w życie z dniem 26 stycznia 2021 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 – § 19 niniejszego aneksu.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS,
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości
Tel.: +48 22 867 66 67, +48 22 501 61 00