

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA INWESTYCYJNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE TOWARZYSTWA METLIFE POJIŠTOVNA A.S. VISION (DALEJ RÓWNIEŻ JAKO „VISP 1.0“)

Artykuł 1

Postanowienia wstępne

1. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia (dalej jako „SWU“) stanowią integralną część umowy ubezpieczenia dla inwestycyjnego ubezpieczenia na życie – Vision (dalej również jako „ubezpieczenie VISP“), zawieranej przez towarzystwo MetLife pojištovna a.s. (dalej również jako „ubezpieczyciel“).
2. Ponadto ubezpieczenie VISP podlega Ogólnym warunkom ubezpieczenia dla ubezpieczenia na życie i towarzyszących mu ubezpieczeń dodatkowych towarzystwa MetLife pojištovna a.s., wydanym z numerem VPP 4.3 (dalej również jako „Ogólne warunki ubezpieczenia“ lub „OWU“) Ubezpieczenie VISP jako inwestycyjne ubezpieczenie na życie jest tym samym zgodne z OWU ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia, połączonym z programami inwestycyjnymi. Ubezpieczenie VISP jest zawsze zawierane z jedną ubezpieczoną osobą.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, ubezpieczenie VISP zawsze obejmuje przynajmniej trzy (3) rodzaje ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczenie z wypłatą wykupu wygasa z dniem zgonu ubezpieczającego.

Artykuł 2

Definicje pojęć

Do ubezpieczenia VISP zastosowanie mają definicje pojęć przedstawione w OWU, z tym że dodatkowe pojęcia zdefiniowano jak następuje:

Ubezpieczona osoba

Osoba, na rzecz której zawarto ubezpieczenie na wypadek śmierci lub dożycia (dalej również jako „ubezpieczenie ubezpieczonej osoby“).

Suma ubezpieczenia

Ogólna definicja sumy ubezpieczenia została podana w OWU. Dla ubezpieczenia VISP umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonej osoby obejmuje elementy stałe i elementy malejące. Część stała sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosi 1000 złotych (minimalna suma ubezpieczenia), o ile w umowie ubezpieczenia nie ustalono inaczej. Jeżeli wraz z ubezpieczeniem ubezpieczonej osoby zawarto również ubezpieczenie dodatkowe, dla każdego ubezpieczenia dodatkowego zostaje uzgodniona inna suma ubezpieczenia.

Regularna składka ubezpieczeniowa

Składka ubezpieczeniowa opłacana przez ubezpieczającego w regularnych ratach w kwocie uzgodnionej w umowie ubezpieczenia. W trakcie ubezpieczenia VISP może dochodzić – za zgodą Ubezpieczającego - do podwyżek regularnych składek ubezpieczenia. Każde podniesienie powoduje wzrost ogólnej kwoty regularnych składek ubezpieczeniowych, jednak każdorazowa podwyżka (część składki ubezpieczeniowej) jest oceniana oddzielnie dla celów alokacji w myśl artykułu

9 niniejszych SWU, biegu terminów dla określenia kwoty wykupu w rozumieniu artykułu 12 niniejszych SWU oraz w celu określenia zakresu zwolnienia z opłacania składki ubezpieczeniowej zgodnie z artykułem 22 niniejszych SWU.

Główny okres ubezpieczenia

Określony czas, na który zostaje zawarte ubezpieczenie dla ubezpieczonej osoby.

Koniec głównego okresu ubezpieczenia

Dzień poprzedzający bezpośrednio właściwą rocznicę, kiedy upływa okres ubezpieczenia, uzgodniony w konkretnej umowie ubezpieczenia dla ubezpieczenia ubezpieczonej osoby. Koniec ubezpieczenia dodatkowego wraz z upływem okresu ubezpieczenia został zdefiniowany w analogiczny sposób.

Okres ubezpieczenia

Okres czasu, kiedy opłacana jest regularna składka ubezpieczeniowa. Długość okresu ubezpieczenia dla ubezpieczenia VISP wynosi jeden (1) rok. Pierwszy okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem początku ubezpieczenia VISP.

Ochrona ubezpieczeniowa

Każde ubezpieczenie dodatkowe i/lub ubezpieczenie na wypadek śmierci z minimalną sumą ubezpieczenia, przy czym ubezpieczyciel może określić w Taryfie opłat minimalną wysokość sumy ubezpieczenia.

Program inwestycyjny

Wewnętrzny program inwestycyjny, stworzony wyłącznie dla celów inwestycyjnego ubezpieczenia na życie, uregulowany przez postanowienia artykułu 27 do 30 niniejszych SWU.

Jednostka uczestnictwa

Proporcjonalna część programu inwestycyjnego, określona dla ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia.

Rachunek inwestycyjny

Indywidualny, wirtualny rachunek obsługiwany przez ubezpieczyciela dla każdej umowy ubezpieczenia, uznawany jednostkami uczestnictwa z poszczególnych programów inwestycyjnych, utworzonych w oparciu o opłaconą regularną i/lub dodatkową składkę ubezpieczenia.

Cena kupna

Cena określona przez ubezpieczyciela, stosowana w celu tworzenia jednostek uczestnictwa dla poszczególnych programów inwestycyjnych.

Cena sprzedaży

Cena określona przez ubezpieczyciela, stosowana w celu likwidowania jednostek uczestnictwa dla poszczególnych programów inwestycyjnych.

Wartość jednostek uczestnictwa

Liczba jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, pomnożona przez ich właściwą cenę sprzedaży.

Wartość kapitałowa ubezpieczenia

Wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny.

Dzień wyceny

Dzień, w którym określana jest cena sprzedaży i kupna jednostek uczestnictwa programów inwestycyjnych.

OKRES UBEZPIECZENIA

Artykuł 3

Okres ubezpieczenia

1. Ubezpieczenie zostaje zawarte na czas określony (główny okres ubezpieczenia). Jeżeli konkretna umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, główny okres ubezpieczenia zawsze kończy się w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę po dożyciu przez ubezpieczoną osobę dorosłą wieku sześćdziesięciu pięciu (65) lat.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

Artykuł 4

Świadczenie ubezpieczeniowe na wypadek śmierci ubezpieczonej osoby

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci ubezpieczonej osoby jest równa sumie wartości malejących elementów sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci na dzień śmierci oraz wyższej z poniższych wartości:
 - a) elementu stałego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci na dzień śmierci,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczenia, określonej na dzień doręczenia zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego (jeżeli zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego doręczono dopiero po upływie głównego okresu ubezpieczenia, wartość jednostek uczestnictwa określana jest na ostatni dzień głównego okresu ubezpieczenia).
2. Jeżeli ustanowiono dodatkową składkę ubezpieczeniową, świadczenie ubezpieczeniowe jest określane w myśl ust. 1 niniejszego artykułu i jest powiększane o wartość jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych na podstawie opłaconej dodatkowej składki ubezpieczenia, określonej na dzień doręczenia zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego (jeżeli zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego doręczono dopiero po upływie głównego okresu ubezpieczenia, wartość jednostek uczestnictwa określana jest na ostatni dzień głównego okresu ubezpieczenia).
3. Wraz ze śmiercią ubezpieczonej osoby wygasa całe ubezpieczenie VISP.

Artykuł 5

Świadczenie ubezpieczeniowe na wypadek dożycia ubezpieczonej osoby dorosłej

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek dożycia ubezpieczonej osoby dorosłej jest równa wartości kapitałowej ubezpieczenia na ostatni dzień głównego okresu ubezpieczenia.

Artykuł 6

Gwarancja nie rozwiązania umowy ubezpieczenia i ocena wystarczalności składki ubezpieczeniowej

1. Jeżeli wszystkie wpłaty regularnej składki ubezpieczeniowej są należycie opłacane, ubezpieczyciel gwarantuje iż nie dojdzie do rozwiązania umowy, jednak przez okres nie dłuższy niż dziesięć (10) lat od początku ubezpieczenia VISP, chyba że uzgodniono inaczej, np. w artykule 17 niniejszych SWU. Ubezpieczyciel może przedłużyć gwarancję nie rozwiązywania umowy (dalej również jako „gwarancja“). Gwarancja zostaje przedłużona, za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego złożony co najmniej na pół roku przed zakończeniem okresu gwarancji. Ubezpieczyciel może nie wyrazić zgody na przedłużenie gwarancji bez konieczności podawania przyczyn odmowy,

2. Ubezpieczyciel w terminie nie przekraczającym trzech (3) miesięcy przed zakończeniem dotychczasowego okresu gwarancji przeprowadzi matematyczno-ubezpieczeniową ocenę wystarczalności dotychczasowej wysokości regularnej składki ubezpieczeniowej (dalej również jako „ocena wystarczalności“). W ramach powyższej oceny wystarczalności nie jest badany stan zdrowia ubezpieczonej osoby dorosłej.
3. Jeżeli na podstawie oceny wystarczalności w myśl ust. 2 niniejszego artykułu wysokość dotychczasowej regularnej składki ubezpieczenia jest wystarczająca, by przedłużyć gwarancję o dwa (2) przyszłe okresy gwarancji, ubezpieczyciel przedłuży gwarancję o jeden (1) okres gwarancyjny; procedura i długość okresu gwarancyjnego zostały określone w ust. 4 niniejszego artykułu.
4. Ubezpieczyciel każdorazowo przedłuża gwarancję o kolejnych pięć (5) lat lub o inną całkowitą liczbę lat, uzgodnioną w umowie ubezpieczenia, jednak nie przekraczającą końca odnośnego głównego okresu ubezpieczenia, uzgodnionego na początkowy dzień ubezpieczenia VISP. Po jego upływie gwarancja już nie podlega przedłużeniu.
5. Jeżeli na podstawie oceny wystarczalności w myśl ust. 2 niniejszego artykułu dotychczasowa wysokość regularnej składki ubezpieczeniowej jest niewystarczająca do przedłużenia gwarancji o dwa (2) przyszłe okresy gwarancji, ubezpieczyciel proponuje ubezpieczającemu podwyżkę regularnej składki ubezpieczenia, określonej przez ubezpieczyciela na podstawie matematyczno-ubezpieczeniowych metod (z zachowaniem dotychczasowych sum ubezpieczenia). Jeżeli propozycja ta zostanie przyjęta w terminie określonym przez ubezpieczyciela, gwarancja zostanie przedłużona o jeden (1) okres gwarancyjny.
6. Jeżeli ubezpieczający nie zaakceptuje propozycji ubezpieczyciela w myśl ust. 5 niniejszego artykułu, a więc w terminie określonym przez ubezpieczyciela, gwarancja nie zostanie przedłużona, chyba że uzgodniono inaczej.
7. Ponadto gwarancja zostaje uchylona, jeżeli dojdzie do wypłaty części wartości kapitałowej ubezpieczenia i/lub zamiany ubezpieczenia VISP na ubezpieczenie bezskładkowe w myśl artykułu 13 niniejszych SWU.
8. Po uchyleniu gwarancji ubezpieczenie VISP nadal obowiązuje, jeżeli wartość jednostek uczestnictwa, którymi na dany dzień uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczenia, jest dodatnia; z dniem, w którym przedmiotowa wartość wyniesie zero lub będzie miała wartość ujemną, ubezpieczenie VISP wygaśnie bez rekompensaty. W razie zawarcia ubezpieczenia dodatkowego zostanie wypłacona kwota wykupu w myśl artykułu 12, ust. 3 niniejszych SWU. Jeżeli jednak w dniu, kiedy wartość jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych w oparciu o zapłaconą regularną składkę ubezpieczenia, wyniesie zero lub osiągnie wartość ujemną, obowiązuje gwarancja - ubezpieczenie VISP nie wygasa.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Artykuł 7

Regularna składka ubezpieczeniowa

1. Ubezpieczający będzie płacić regularną składkę ubezpieczeniową w kwocie i trybie uzgodnionych w umowie ubezpieczenia lub też w polisie.
2. Regularna składka ubezpieczeniowa może być opłacana w trybie rocznym lub półrocznym, kwartalnym lub miesięcznym.
3. Regularna składka ubezpieczeniowa za pierwszy okres ubezpieczeniowy (lub jej pierwsza rata) jest wymagalna w terminie nie przekraczającym trzeciego (3) dnia roboczego po odebraniu przez ubezpieczającego polisy, jednak nie później niż ostatniego dnia pierwszego (1) miesiąca obowiązywania ubezpieczenia VISP. Jeżeli w związku z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia została wniesiona zaliczka na regularną składkę ubezpieczenia, ubezpieczyciel z dniem

początku ubezpieczenia VISP zaliczy ją na poczet regularnej składki ubezpieczeniowej. Kolejne wpłaty regularnej składki ubezpieczeniowej za pierwszy okres ubezpieczenia i wpłaty na poczet kolejnych okresów ubezpieczenia są wymagalne zgodnie z częstotliwością opłacania składek ubezpieczenia, uzgodnioną w konkretnej umowie ubezpieczenia lub polisie, a więc zawsze: przy częstotliwości miesięcznej - w dzień w miesiącu lub dla wpłat z częstotliwością raz na kwartał - w dzień w pierwszym miesiącu kwartału, lub dla częstotliwości raz na pół roku - w dzień w pierwszym miesiącu półrocza, którego numer jest zgodny z pierwszym dniem ubezpieczenia VISP, lub w przypadku częstotliwości rocznej - w pierwszy dzień okresu ubezpieczenia.

Artykuł 8

Dodatkowa składka ubezpieczeniowa

1. Ubezpieczający i ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczającego mogą ustalić dodatkową składkę ubezpieczeniową. Ubezpieczyciel może uzależnić przyjęcie takiego wniosku zwłaszcza od należytego opłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej. Dodatkowa składka ubezpieczeniowa zostanie wpłacona w formie określonej przez ubezpieczyciela i nie może być niższa niż minimum określone przez ubezpieczyciela w aktualnej Taryfie opłat.
2. Uzgodnienie i opłata dodatkowej składki ubezpieczenia nie wpływa na obowiązek ubezpieczającego do opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej.
3. Uzgodnienie dodatkowej składki ubezpieczeniowej staje się skuteczne z dniem przyjęcia przez ubezpieczyciela wniosku o jej uzgodnienie lub z dniem alokacji dodatkowej składki ubezpieczeniowej w myśl artykułu 9 niniejszych SWU, jeżeli konkretna umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

Artykuł 9

Alokacja

1. Z każdej wpłaty regularnej składki ubezpieczeniowej odliczana jest kwota na opłacenie kosztów związanych z przyjęciem wpłaty składki ubezpieczeniowej, określona przez ubezpieczyciela (tzw. opłata manipulacyjna).
2. Kwota odpowiadająca części regularnej składki ubezpieczeniowej po odliczeniu opłaty manipulacyjnej (określonej według przelicznika procentowego alokacji w myśl ust. 3 niniejszego artykułu) zostanie zamieniona na jednostki uczestnictwa poszczególnych programów inwestycyjnych, w proporcji aktualnie obowiązującej dla konkretnej umowy ubezpieczenia i wskazanej w umowie ubezpieczenia lub w polisie.
3. Przelicznik procentowy alokacji w poszczególnych latach określono jak następuje (przy czym każda podwyżka składki ubezpieczeniowej jest oceniana oddzielnie):

- a) 10 % do 55 % (vide tabela poniżej) kwoty odpowiadającej każdej wpłacie regularnej składki ubezpieczeniowej za pierwszy rok ubezpieczenia (lub pierwszy rok następujący po roku, w którym podwyższono regularną składkę ubezpieczeniową) po odliczeniu opłaty manipulacyjnej zostanie zamienione na jednostki uczestnictwa w poszczególnych programach inwestycyjnych;

Pozostały okres ubezpieczenia (pełne lata):	19 lub mniej	20 – 24	25 – 29	30 i więcej
Przelicznik procentowy alokacji w pierwszym roku ubezpieczenia (lub pierwszym roku po roku, w którym doszło do podwyżki regularnej składki ubezpieczenia):	55 %	40 %	25 %	10 %

- b) 60 % kwoty odpowiadającej każdej wpłacie regularnej

składki ubezpieczeniowej za drugi rok ubezpieczenia (lub drugi rok następujący po roku, w którym podwyższono regularną składkę ubezpieczeniową) po odliczeniu opłaty manipulacyjnej zostanie zamienione na jednostki uczestnictwa w poszczególnych programach inwestycyjnych;

- c) co najmniej 100 % kwoty odpowiadającej każdej racie regularnej składki ubezpieczeniowej za trzeci rok ubezpieczenia i następne (lub trzeci rok i następne lata po roku, w którym podwyższono regularne składki ubezpieczeniowe) po odliczeniu opłaty manipulacyjnej zostanie zamienione na jednostki uczestnictwa w poszczególnych programach inwestycyjnych; ubezpieczyciel może podnieść przelicznik procentowy alokacji w Taryfie opłat.
4. Kwota odpowiadająca części dodatkowej składki ubezpieczeniowej, określonej z użyciem przelicznika procentowego alokacji, zostanie wykorzystana do zakupu jednostek uczestnictwa w poszczególnych programach inwestycyjnych w proporcji określonej przez ubezpieczającego. Jeżeli jednak ubezpieczający nie określi wspomnianej proporcji nawet w ciągu trzydziestu (30) dni od dnia uznania rachunku ubezpieczyciela wpłatą, którą z uwzględnieniem wszystkich okoliczności można uważać za wpłatę dodatkowej składki ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel zamieni przedmiotową dodatkową składkę ubezpieczenia na jednostki uczestnictwa w programie inwestycyjnym, wskazanym w aktualnej Taryfie opłat. Przelicznik procentowy alokacji dla dodatkowej składki ubezpieczeniowej podlega Taryfie opłat, obowiązującej na dzień wejścia w życie uzgodnień w zakresie dodatkowej składki ubezpieczeniowej.
 5. Kwota odpowiadająca części regularnej składki ubezpieczeniowej i/lub dodatkowej składki ubezpieczeniowej jest przekształcana na jednostki uczestnictwa na podstawie ceny kupna jednostek uczestnictwa poszczególnych programów inwestycyjnych, obowiązującej w dzień ich utworzenia. Kwota odpowiadająca części pierwszej raty regularnej składki ubezpieczeniowej jest przekształcana na jednostki uczestnictwa nie później niż następnego dnia po początkowym dniu ubezpieczenia VISP. Kwoty odpowiadające części kolejnych wpłat regularnej składki ubezpieczeniowej są przekształcane na jednostki uczestnictwa bezpośrednio po należyтым opłaceniu całej raty regularnej składki ubezpieczeniowej. Kwota odpowiadająca części dodatkowej składki ubezpieczeniowej jest przekształcana na jednostki uczestnictwa z dniem wejścia w życie ustaleń dotyczących tejże składki.

ODLICZANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA Z RACHUNKU INWESTYCYJNEGO

Artykuł 10

Odliczanie jednostek uczestnictwa z rachunku inwestycyjnego

1. Ubezpieczyciel co miesiąc odliczy z rachunku inwestycyjnego część jednostek uczestnictwa utworzonych na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczeniowej. Wartość odliczonych w ten sposób jednostek uczestnictwa odpowiada kwocie przeznaczonej na pokrycie kosztów administracyjnych, określonych przez ubezpieczyciela (tzw. opłata administracyjna).
2. Ubezpieczyciel co miesiąc odliczy z rachunku inwestycyjnego część jednostek uczestnictwa utworzonych na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczeniowej. Wartość odliczonych w ten sposób jednostek uczestnictwa odpowiada kwocie na pokrycie ryzyka związanego z ubezpieczeniem ubezpieczonej osoby oraz zawartym ubezpieczeniem dodatkowym na następny miesiąc (tzw. opłaty z tytułu ryzyka), która zostaje określona przez ubezpieczyciela z użyciem zasad ubezpieczeniowo-matematycznych. Sposób ustalania opłaty z tytułu ryzyka wskazany jest w Taryfie opłat ubezpieczenia Vision.
3. Ponadto ubezpieczyciel może odliczyć z rachunku inwestycyjnego część jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej

kwocie (opłacie) na pokrycie kosztów dodatkowych, które ubezpieczyciel musiał ponieść w związku z niewykonaniem przez ubezpieczającego następujących obowiązków: nieopłacanie składek ubezpieczeniowych i nie dostarczenie wymaganych dokumentów lub w związku z realizowaniem wniosku ubezpieczającego o dodatkowe czynności administracyjne. Opłaty za powyższe czynności wskazane są w Taryfie opłat ubezpieczenia Vision.

4. Odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa zostanie odliczona z rachunku inwestycyjnego nawet wówczas, kiedy liczba jednostek uczestnictwa na rachunku inwestycyjnym, utworzona na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczeniowej, jest niewystarczająca do odliczenia jednostek uczestnictwa, określonych w ust. 1, 2 i 3 niniejszego artykułu.
5. Liczba jednostek uczestnictwa, niezbędna do dokonania odliczenia jednostek uczestnictwa określonego w ust. 1, 2 i 3 niniejszego artykułu zostaje wskazana na podstawie ceny sprzedaży, obowiązującej na dzień odliczenia jednostek uczestnictwa. Jeżeli jednostki uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, zostały umieszczone w kilku programach inwestycyjnych, zostają odliczone jednostki uczestnictwa z poszczególnych programów inwestycyjnych w tej samej proporcji, co stosunek wartości jednostek uczestnictwa w tych programach inwestycyjnych, którymi został uznany rachunek inwestycyjny i które zostały utworzone na podstawie opłaconych właściwych składek ubezpieczeniowych.

ZMIANY UBEZPIECZENIA VISP

Artykuł 11

Nieopłacanie składek ubezpieczeniowych

1. Jeżeli jakakolwiek rata składki ubezpieczeniowej nie zostanie należycie opłacona, ubezpieczyciel zobowiązany jest przesłać ubezpieczającemu monit w sprawie opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej części. Jeżeli monit od ubezpieczyciela, doręczony ubezpieczającemu, ostrzega przed wygaśnięciem ubezpieczenia VISP w razie nieopłacenia należnej składki ubezpieczeniowej i niezaspokojenia warunków zamiany ubezpieczenia VISP na ubezpieczenie bezskładkowe, wskazanych w ust. 2 niniejszego artykułu, oraz jeśli warunki te nie zostały spełnione, ubezpieczenie VISP wygasa następnego dnia po bezskutecznym upływie terminu wskazanego przez ubezpieczyciela w monicie.
2. Jeżeli jednak po bezskutecznym upływie terminu określonego w monicie w myśl ust. 1 niniejszego artykułu wartość jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczeniowej wynosi tyle, co minimalna kwota określona przez ubezpieczyciela w Taryfie opłat, i jeżeli regularna składka ubezpieczeniowa za pierwsze dwa (2) lata ubezpieczenia została w całości opłacona, ubezpieczenie VISP nie wygasa następnego dnia po bezskutecznym upływie terminu określonego przez ubezpieczyciela w monicie w myśl ust. 1 niniejszego artykułu i zostaje przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe w myśl artykułu 13, ust. 2 do 8 niniejszych SWU.
3. Jednostki uczestnictwa z rachunku inwestycyjnego są odliczane zgodnie z artykułem 10 niniejszych SWU również wówczas, gdy regularna składka ubezpieczeniowa nie jest należycie opłacana.
4. Wraz z wygaśnięciem ubezpieczenia VISP w myśl ust. 1 niniejszego artykułu, ubezpieczający zyskuje prawo do wypłacenia kwoty wykupu w myśl artykułu 12 niniejszych SWU, pod warunkiem, że zostały spełnione wskazane tam warunki.

Artykuł 12

Wygaśnięcie ubezpieczenia VISP z prawem do kwoty wykupu

1. Wraz z wygaśnięciem ubezpieczenia VISP za porozumieniem stron, w trybie wypowiedzenia (z wyjątkiem wypowiedze-

nia w myśl artykułu 16, ust. 4 lit. a) lub ust. 5 lit. a) OWU), z powodu nieopłacania składek ubezpieczeniowych, lub na wniosek o wypłatę kwoty wykupu, w celu określenia wartości kwoty wykupu rozróżnia się jednostki uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny na podstawie opłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej i na podstawie opłacenia dodatkowej składki ubezpieczeniowej, zaś prawo do poszczególnych części kwoty wykupu powstaje wyłącznie pod warunkiem spełnienia odnośnych wymogów w myśl ust. 2 i 3 niniejszego artykułu. Całkowita wysokość kwoty wykupu określana jest jako suma części wykupu określonych w myśl ust. 2 i 3 niniejszego artykułu. Jeżeli określona w ten sposób wartość kwoty wykupu jest ujemna, kwota wykupu równa się zero.

2. Zakładając, że regularna składka ubezpieczeniowa za pierwsze trzy (3) lata ubezpieczenia (lub trzy lata od danej podwyżki regularnej składki ubezpieczeniowej) została w należyty sposób opłacona, poczynając od czwartego roku ubezpieczenia (lub czwartego roku od danej podwyżki regularnej składki ubezpieczeniowej), wysokość kwoty wykupu z tytułu jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny na podstawie wniesienia regularnej składki ubezpieczeniowej równa się wartości tychże jednostek uczestnictwa na dzień umorzenia jednostek uczestnictwa. W pozostałych przypadkach kwota wykupu z tytułu jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny na podstawie opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej, nie jest wypłacana.
3. Wysokość kwoty wykupu z tytułu jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny na podstawie wniesionej dodatkowej składki ubezpieczeniowej, równa się wartości tychże jednostek na dzień umorzenia jednostek uczestnictwa.
4. Jednak jeżeli kwota wykupu jest wypłacana uposażonemu w związku z ograniczeniem obowiązku do wypłaty świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonej osoby, wysokość kwoty wykupu równa się wartości kapitałowej ubezpieczenia na dzień doręczenia zgłoszenia śmierci ubezpieczonej osoby (jeżeli przedmiotowe zgłoszenie doręczono dopiero po upływie głównego okresu ubezpieczeniowego, wartość jednostek uczestnictwa określana jest na ostatni dzień głównego okresu ubezpieczeniowego).

Artykuł 13

Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe

1. Począwszy od trzeciego roku ubezpieczenia ubezpieczający może zamienić ubezpieczenie VISP na ubezpieczenie bezskładkowe, pod warunkiem, że regularna składka ubezpieczeniowa została opłacona w całości za pierwsze dwa (2) lata ubezpieczenia, zaś na dzień przekształcenia ubezpieczenia wartość jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych na podstawie opłaconej regularnej składki ubezpieczeniowej, osiągnie minimalną kwotę określoną przez ubezpieczyciela w Taryfie opłat. Ubezpieczenie VISP zostanie przekształcone zgodnie z warunkami, obowiązującymi na dzień przekształcenia.
2. Ubezpieczenie dodatkowe zwolnienia z opłacania składek ubezpieczeniowych na wypadek całkowitej niezdolności do pracy wygasa wraz z przekształceniem ubezpieczenia VISP na ubezpieczenie bezskładkowe. Dochodzi również do wstrzymania odliczania związanej z tym części jednostek uczestnictwa w rozumieniu artykułu 10, ust. 2 niniejszych SWU.
3. Ubezpieczający wraz z przekształceniem ubezpieczenia VISP na ubezpieczenie bezskładkowe, może wybrać obniżkę danej sumy ubezpieczenia nawet do wartości minimalnej określonej przez Ubezpieczyciela, nie mniejszej jednak niż 100 złotych.
4. Jeżeli ubezpieczający nie poinformuje ubezpieczyciela o planowanej obniżce danej sumy ubezpieczenia dana suma ubezpieczenia zostaje utrzymana w pierwotnej wysokości. Nie narusza to również trybu postępowania ubezpieczyciela w myśl artykułu 10, ust. 2 niniejszych SWU.

5. Na dzień przekształcenia ubezpieczenia VISP na ubezpieczenie bezskładkowe ubezpieczyciel może odliczyć z rachunku inwestycyjnego część jednostek uczestnictwa, których wartość odpowiada należnym wpłatom regularnej składki ubezpieczeniowej.
6. Opłata administracyjna jest nadal pokrywana przez jednostki uczestnictwa odliczane z rachunku inwestycyjnego.
7. Wraz z przekształceniem ubezpieczenia VISP na ubezpieczenie bezskładkowe, wygasa gwarancja w myśl artykułu 6 niniejszych SWU, ze wszystkimi wskazanymi tu skutkami, włącznie ze skróceniem okresu ubezpieczenia.
8. Na dzień, w którym wartość jednostek uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, utworzonych na podstawie wpłaconej regularnej składki ubezpieczeniowej, wyniesie zero lub osiągnie wartość ujemną, wygasa ubezpieczenie VISP, ewentualnie z jednoczesną wypłatą kwoty wykupu w myśl artykułu 12, ust. 2 niniejszych SWU.

Artykuł 14

Przenoszenie jednostek uczestnictwa między programami inwestycyjnymi

1. Ubezpieczający może przenosić jednostki uczestnictwa, którymi uznano rachunek inwestycyjny, między poszczególnymi programami inwestycyjnymi. Na wniosek ubezpieczającego, ubezpieczyciel zlikwiduje jednostki uczestnictwa z wybranych programów inwestycyjnych, którymi uznano rachunek inwestycyjny (lub ich część) i zastąpi je jednostkami uczestnictwa z innych wybranych programów inwestycyjnych tak, aby wartość nowo utworzonych jednostek uczestnictwa odpowiadała wartości zlikwidowanych jednostek uczestnictwa.
2. Za pierwsze przeniesienie jednostek uczestnictwa między programami inwestycyjnymi w każdym roku ubezpieczeniowym ubezpieczyciel nie będzie odliczać żadnych jednostek uczestnictwa. Za każde kolejne przeniesienie jednostek uczestnictwa w tymże roku ubezpieczeniowym ubezpieczyciel może odliczyć ryczałtem jednostki uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie określonej przez ubezpieczyciela na pokrycie kosztów administracyjnych, związanych z ich przeniesieniem (tzw. opłata za przeniesienie jednostek uczestnictwa), która to opłata wskazana jest w Taryfie opłat ubezpieczenia Vision.
3. Jednostki uczestnictwa będą przenoszone z zastosowaniem ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa poszczególnych programów inwestycyjnych, obowiązującej w dniu przeniesienia.
4. Ubezpieczyciel może określić w Taryfie opłat obowiązującej na dzień przeprowadzenia zmiany minimalną i/lub maksymalną wartość przenoszonych jednostek uczestnictwa, maksymalną liczbę transferów jednostek uczestnictwa, ograniczenia czasowe dotyczące realizacji pierwszego transferu i najniższą możliwą wartość jednostek uczestnictwa, którą można pozostawić w poszczególnych programach inwestycyjnych po transferze.
5. Przeniesienie jednostek uczestnictwa między programami inwestycyjnymi następuje z dniem doręczenia ubezpieczycielowi zawiadomienia o zmianie, chyba że ubezpieczający określi inny dzień po dniu doręczenia przedmiotowego zawiadomienia.

Artykuł 15

Zmiana alokacji składki ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczający może zmienić program inwestycyjny, do którego alokowana jest regularna składka ubezpieczeniowa lub zmienić proporcje, w których dochodzi do alokacji regularnej składki ubezpieczeniowej w poszczególnych programach inwestycyjnych. Powyższa zmiana jest możliwa pod warunkiem, że wszystkie wpłaty regularnej składki ubezpieczeniowej zostały należycie wniesione.
2. Za pierwszą zmianę alokacji w każdym roku ubezpieczeniowym ubezpieczyciel nie będzie odliczać żadnych jednostek uczestnictwa. Za każdą kolejną zmianę alokacji w tymże roku

ubezpieczeniowym ubezpieczyciel może odliczyć z rachunku inwestycyjnego ryczałtem jednostki uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie określonej przez ubezpieczyciela na pokrycie kosztów administracyjnych związanych z tą zmianą (tzw. opłata za zmianę alokacji).

3. Ubezpieczyciel określi w Taryfie opłat minimalną i maksymalną część składki ubezpieczeniowej, którą można alokować w poszczególnych programach inwestycyjnych.
4. Zmiana alokacji wchodzi w życie z dniem doręczenia ubezpieczycielowi zawiadomienia o zmianie.

Artykuł 16

Prawo do odroczenia umorzenia i/lub transferu jednostek uczestnictwa

1. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel może odroczyć umorzenie i/lub transfer jednostek uczestnictwa między poszczególnymi programami inwestycyjnymi w myśl artykułu 11, 12, 13 i 14 niniejszych SWU. Ubezpieczyciel poinformuje o powyższym odroczeniu ubezpieczającego na piśmie. Przypadkami, o których mowa powyżej będą nadzwyczajne okoliczności, za które Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności.
2. Umorzenie i/lub transfer jednostek uczestnictwa między poszczególnymi programami inwestycyjnymi mogą zostać odroczone - w nadzwyczajnych przypadkach - o okres do jednego (1) miesiąca. Jeżeli dochodzi do umorzenia i/lub transferu jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego, powiązane z aktywami w postaci nieruchomości i/lub trwałych aktywów ruchomych, umorzenie i/lub transfer jednostek uczestnictwa mogą zostać odroczone o okres do sześciu (6) miesięcy.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Artykuł 17

Postanowienia wspólne

1. Postanowienia niniejszego artykułu odnoszą się do wszystkich ubezpieczeń dodatkowych, zawartych w ramach ubezpieczenia VISP, chyba że niniejsze SWU lub konkretna umowa ubezpieczenia stanowi inaczej.
2. Następujące ubezpieczenia dodatkowe można zawrzeć wyłącznie razem z ubezpieczeniem ubezpieczonej osoby :
 - a) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek nagłej śmierci (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe NAS “ lub „ubezpieczenie nagłej śmierci“), które zostaje zawarte na wypadek ryzyka ubezpieczeniowego śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskutek zawału mięśnia sercowego i/lub wskutek udaru mózgu,
 - b) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek trwałego uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe TNÚ“ lub „ubezpieczenie dodatkowe trwałych następstw nieszczęśliwych wypadków“),
 - c) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe NÚ“ lub „ubezpieczenie dodatkowe następstw nieszczęśliwych wypadków“), zawarte na wypadek ryzyka ubezpieczeniowego uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - d) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek inwalidztwa (dalej jako „ubezpieczenie dodatkowe PTPI“ lub „ubezpieczenie dodatkowe inwalidztwa“),
 - e) ubezpieczenie dodatkowe zwolnienia z opłacania składek ubezpieczeniowych na wypadek całkowitej niezdolności do pracy (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe ZPPN“ lub „ubezpieczenie zwolnienia z opłacania składki ubezpieczeniowej“),
 - f) ubezpieczenie dodatkowe na wypadek groźnej choroby (dalej jako „ubezpieczenie dodatkowe PPZO“ lub „ubezpieczenie dodatkowe groźnej choroby“),

- g) ubezpieczenie dodatkowe dziennych świadczeń na wypadek pobytu w szpitalu (dalej również jako „ubezpieczenie dodatkowe DDH“ lub „ubezpieczenie dodatkowe hospitalizacji“), zawarte na wypadek ryzyka ubezpieczeniowego hospitalizacji.
3. Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na czas określony, którego koniec przypada na koniec głównego okresu ubezpieczeniowego, chyba że niniejsze SWU lub konkretna umowa ubezpieczenia stanowią inaczej.
 4. Ubezpieczenie dodatkowe wygasa najpóźniej z dniem bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę następującą po dniu, w którym ubezpieczona osoba osiągnie wiek sześćdziesięciu pięciu (65) lat, chyba że niniejsze SWU lub konkretna umowa ubezpieczenia stanowią inaczej.
 5. Ubezpieczenie dodatkowe wygasa również wskutek wypowiedzenia złożonego przez ubezpieczającego lub ubezpieczyciela, z końcem okresu ubezpieczenia, przy czym przedmiotowe wypowiedzenie musi zostać doręczone co najmniej sześć (6) tygodni przed upływem okresu ubezpieczenia pod rygorem nieważności.
 6. Ubezpieczyciel lub ubezpieczający może wypowiedzieć ubezpieczenie dodatkowe również w terminie do trzech (3) miesięcy liczonych od dnia dokonania wypłaty świadczenia. Z dniem doręczenia wypowiedzenia rozpoczyna swój bieg jednomiesięczny (1 miesiąc) termin wypowiedzenia, z którego upłynięciem wygasa ubezpieczenie dodatkowe.
 7. Ubezpieczenia dodatkowe wygasają wraz z wygaśnięciem ubezpieczenia ubezpieczonej osoby z dowolnej przyczyny lub jeżeli suma ubezpieczenia w danym ubezpieczeniu dodatkowym zostaje obniżona do 100 zł.
 8. Ubezpieczenie dodatkowe hospitalizacji wygasa z dniem, kiedy na podstawie prawomocnej decyzji właściwego organu ubezpieczonej osobie została przyznana emerytura lub z dniem, kiedy został uznany za inwalidę na podstawie prawomocnej decyzji właściwego organu.
 9. Ubezpieczenie dodatkowe inwalidztwa wygasa z dniem, kiedy ubezpieczonej osobie na podstawie prawomocnej decyzji właściwego organu przyznano emeryturę.
 10. Ubezpieczona osoba i/lub ubezpieczający, w terminie nie przekraczającym piętnastu (15) dni od dnia uprawomocnienia się decyzji właściwego organu, zawiadomi ubezpieczyciela na piśmie o zaistnieniu okoliczności wskazanych w ust. 8 i 9 niniejszego artykułu.
 11. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało w związku z wydarzeniami, działaniami lub okolicznościami, wymienionymi wśród powodów ograniczenia odpowiedzialności dla ubezpieczenia dodatkowego w OWU. Ponadto ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli ubezpieczona osoba była lub jest zarażona wirusem HIV lub jednym z jego wariantów, nawet jeśli zakażenie nie zostało wywołane przez chorobę AIDS. Ponadto ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było związane z nagłym zespołem dyskowym kręgosłupa bez obiektywnego uszkodzenia rdzenia kręgowego i/lub korzeni rdzeniowych lub z dowolnym bólem czynnościowym i/lub bólem kręgosłupa przy braku obiektywnej diagnozy neurologicznej.
 12. Ponadto wyjątek wskazany w OWU, artykuł 12, ust. 1, lit. l) poszerzony zostaje o zdarzenia, które zaistniały w związku z inwazją, działaniami obcych mocarstw, działaniami terrorystycznymi lub innego rodzaju wrogimi działaniami, wojną domową, rewolucją, rebelią, powstaniem, działaniami sił wojskowych lub stanem wyjątkowym, stanem oblężenia lub każdym innym zdarzeniem lub przyczyną, prowadzącą do ogłoszenia i utrzymywania się owego stanu, aresztowaniami, kwarantanną, zapobiegawczymi procedurami celnymi, nacjonalizacją na wniosek dowolnej publicznej lub lokalnej legalnej władzy lub w związku z dowolną bronią lub urządzeniem działającym na bazie lub wykorzystującym reakcję jądrową lub energię radioaktywną, w dowolnym momencie w czasie pokoju lub wojny, lub z przypadkami, będącymi wynikiem promieniowania chemicznego lub biologicznego, lub zatrucia z powodu wdychania trujących gazów.
 13. Wyjątek dla ubezpieczenia dodatkowego, wskazany w artykule 12, ust. 1, lit. b) OWU nie ma zastosowania do ubezpieczenia dodatkowego TNÚ, NÚ i PTPI. Jednocześnie warunkiem do niezastosowania tego wyjątku jest okoliczność, kiedy zdarzenie ubezpieczeniowe nie zaistniało w związku z zaburzeniami psychicznymi ubezpieczonej osoby które zdiagnozowano lub której symptomy zostały zdiagnozowane przed rozpoczęciem ubezpieczenia.
 14. Wyjątek dla ubezpieczenia dodatkowego, wskazany w artykule 12, ust. 1, lit. j) OWU ma zastosowanie w pełnym zakresie wyłącznie do ubezpieczonej osoby, będącej zawodowym sportowcem w myśl ust. 15 niniejszego artykułu. Wyjątek ma zastosowanie do ubezpieczonej osoby, nie będącej zawodowym sportowcem wyłącznie w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wynikającego z aktywnego udziału ubezpieczonej osoby w wyścigach pojazdów mechanicznych, w zawodach jeździeckich lub zawodach bobslejowych, na saniach lub na skeletonie. Wyjątek ten ma również zastosowanie do ubezpieczonej osoby, nie biorącej aktywnie udziału w zawodach, ale znajdującej się w pomieszczeniach, które nie zostały wyznaczone dla widzów przez organizatora na zawodach.
 15. Zawodowy sportowiec dla celów niniejszego ubezpieczenia oznacza ubezpieczoną osobę, która bezpośrednio lub pośrednio w związku z wykonywaniem czynności sportowych pobiera wynagrodzenie z tytułu pracy zależnej (stosunku pracy) lub inne wynagrodzenie (np. z tytułu pracy niezależnej – osoba samozatrudniona).
 16. Wyjątek dla ubezpieczenia dodatkowego, wskazany w artykule 12, ust. 1, lit. k) OWU nie ma zastosowania, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało w wyniku wspinaczki górskiej, i jeżeli zostały spełnione wszystkie poniższe warunki:
 - a) do nieszczęśliwego wypadku i/lub choroby prowadzącej do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło na terytorium państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Szwajcarii, a jednocześnie - na wysokości bezwzględnej do 5 000 metrów,
 - b) ubezpieczona osoba stosowała odpowiedni sprzęt,
 - c) ubezpieczona osoba nie jest zawodowym wspinaczem,
 - d) do nieszczęśliwego wypadku i/lub choroby prowadzącej do zdarzenia ubezpieczeniowego nie doszło w trakcie ekspedycji, wspinaczki po lodzie, wspinaczki klasycznej, wspinaczki solo, w trakcie zawodów i/lub wspinaczki sklasyfikowanej ze stopniem co najmniej V według klasyfikacji Union Internationale des Associations d'Alpinisme (<http://theuiaa.org/>).
 17. Wyjątek dla ubezpieczenia dodatkowego, wskazany w artykule 12, ust. 1, lit. k) OWU nie ma zastosowania, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zaistniało w wyniku nurkowania, jeżeli zostały spełnione wszystkie poniższe warunki:
 - a) ubezpieczona osoba jest członkiem ogólnie uznanego (zarejestrowanego) związku nurków, ale jednocześnie nie jest zawodowym płetwonurkiem,
 - b) do nieszczęśliwego wypadku i/lub choroby prowadzącej do zdarzenia ubezpieczeniowego nie doszło w trakcie nurkowania na głębokość powyżej 40 metrów, nurkowania solo, nurkowania we wrakach, jaskiniach, nurkowania pod lodem, nurkowaniu w nurcie rzeki, nurkowaniu na trimixie, nurkowaniu rebreatherowym, w trakcie konkursu i/lub próby bicia rekordu.

18. Prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie powstaje, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego lub przyczyn zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w trakcie trwającego ponad trzy (3) miesiące pobytu poza krajami Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz poza Szwajcarią, USA, Kanadą, Australią lub Nową Zelandią. Powyższe nie obowiązuje w sytuacji, kiedy ubezpieczyciel wyraził uprzednio zgodę na ubezpieczenie w trakcie tegoż pobytu.
19. Ubezpieczyciel może odpowiednio pomniejszyć świadczenie ubezpieczeniowe w razie nieprzestrzegania trybu leczenia. Oznacza to w szczególności nie przestrzeganie zaleceń lekarza w trakcie leczenia, udanie się po pomoc lekarską ze zbędną zwłoką lub inne zachowania ubezpieczonej osoby dorosłej, uniemożliwiające jej skuteczne wyleczenie. Ubezpieczona osoba będzie w odpowiednim zakresie współpracować podczas kontroli przestrzegania trybu leczenia.
20. Składka ubezpieczeniowa za każde ubezpieczenie dodatkowe jest opłacana w trybie miesięcznym, przez odliczanie jednostek uczestnictwa z rachunku inwestycyjnego zgodnie z artykułem 10, ust. 2 niniejszych SWU. Jej kwota określana jest według Taryfy opłat, dostępnej na stronach internetowych lub w siedzibie ubezpieczyciela, z zastosowaniem normalnej stawki dla danego miejsca i czasu. Wartość odliczonych jednostek uczestnictwa równa się określonej w ten sposób wysokości składki ubezpieczeniowej.

Artykuł 18

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nagłej śmierci

1. Za zdarzenie ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu dodatkowym NAS uważa się to z poniżej wskazanych zdarzeń, które nastąpi wcześniej w trakcie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego NAS:
 - a) śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, lub
 - b) śmierć bezpośrednio spowodowana przez zawał mięśnia sercowego, lub
 - c) śmierć bezpośrednio spowodowana przez udar mózgu jeżeli nastąpiła w okresie pierwszych dwudziestu ośmiu (28) dni od dnia postawienia diagnozy (tj. dnia, kiedy diagnoza została po raz pierwszy wpisana do dokumentacji medycznej, prowadzonej przez właściwy zakład opieki medycznej lub lekarza prowadzącego, posiadającego specjalizację zawodową umożliwiającą mu należyta ocenę danej choroby) lub w ciągu dwunastu (12) miesięcy od nieszczęśliwego wypadku, przy czym diagnoza musi zostać postawiona (czy też nieszczęśliwy wypadek musi nastąpić) w trakcie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego NAS. Termin dwudziestu ośmiu (28) dni nie ma zastosowania do przypadków, kiedy diagnozę postawiono dopiero po śmierci.
2. Przyczyna śmierci musi zostać udokumentowana przez potwierdzenie danych zawartych w karcie statystycznej do aktu zgonu.
3. Jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w ust. 1 niniejszego artykułu oraz zostały spełnione określone w umowie ubezpieczenia warunki powstania prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, oprócz prawa do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci w myśl artykułu 4 niniejszych SWU powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nagłej śmierci w kwocie sumy ubezpieczenia uzgodnionej w ubezpieczeniu dodatkowym NAS na dzień zgonu.

Artykuł 19

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia trwałych następstw nieszczęśliwego wypadku

1. Zdarzenie ubezpieczeniowe w ubezpieczeniu dodatkowych TNÚ stanowi nieszczęśliwy wypadek, do którego doszło w trakcie obowiązywania danego ubezpieczenia dodatkowego, który spowodował trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpie-

- zionej osoby dorosłej, wymieniony w tabeli nr 1 w załączniku niniejszych SWU, który powstanie i/lub zostanie stwierdzony w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego i zostały spełnione wszystkie warunki określone w umowie ubezpieczenia konieczne do powstania prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego w oparciu o sumę ubezpieczenia uzgodnioną dla danego ubezpieczenia dodatkowego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe jest równe procentowi od sumy ubezpieczenia uzgodnionej dla ubezpieczenia dodatkowego TNÚ na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego zgodnie z tabelą nr 1 w załączniku niniejszych SWU w zależności od charakteru i zakresu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazanemu przez ubezpieczyciela według stanu trwałego uszczerbku na zdrowiu pod koniec dwunastego (12) miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku (jeżeli z charakteru trwałego uszczerbku na zdrowiu nie wynika możliwość wcześniejszego powstania prawa do świadczenia ubezpieczeniowego) lub w momencie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zgłoszone dopiero po upływie tego terminu, chyba że niniejsze SWU lub konkretna umowa ubezpieczenia stanowią inaczej.
 3. Jeżeli jednak w umowie ubezpieczenia została uzgodniona progresywna forma świadczenia ubezpieczeniowego dla ubezpieczenia dodatkowego TNÚ, wówczas świadczenie ubezpieczeniowe jest równe procentowi od sumy ubezpieczenia uzgodnionej dla ubezpieczenia dodatkowego TNÚ na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego zgodnie z tabelą nr 1 w załączniku niniejszych SWU w zależności od charakteru i zakresu trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalonemu przez ubezpieczyciela na podstawie stanu trwałego uszczerbku na zdrowiu na koniec dwunastego (12) miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku (jeżeli z charakteru trwałego uszczerbku na zdrowiu nie wynika możliwość wcześniejszego powstania prawa do świadczenia ubezpieczeniowego) lub w momencie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało zgłoszone dopiero po upływie tego terminu, chyba że niniejsze SWU lub konkretna umowa ubezpieczenia stanowią inaczej, pomnożonemu przez współczynnik progresji, określony według następującej tabeli.

Ocena trwałego uszczerbku na zdrowiu	Współczynnik progresji
od 0 % do 25 % włącznie	1
powyżej 25 % do 50 % włącznie	2
powyżej 50 % do 75 % włącznie	3
powyżej 75 % do 100 % włącznie	5

4. Jeżeli na koniec dwunastego (12) miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku nie można jednoznacznie określić charakteru i zakresu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonej osoby, ubezpieczyciel określi je w najszybszym możliwym terminie według stanu na koniec tego okresu.
5. Ubezpieczyciel uzna za zdarzenie ubezpieczeniowe również nieszczęśliwy wypadek, który spowodował trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonej osoby dorosłej, niewymieniony jednoznacznie w tabeli nr 1 w załączniku do niniejszych SWU, jeżeli jest porównywalny z uszczerbkiem wskazanym w tejże tabeli. Wówczas procentową ocenę trwałego uszczerbku na zdrowiu określa lekarz Ubezpieczyciela, z uwzględnieniem oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazanego w tabeli nr 1 w załączniku do niniejszych SWU, którego charakter jest najbardziej zbliżony do danego trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jednakże prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje wyłącznie wówczas, gdy ocena procentowa danego trwałego uszczerbku na zdrowiu, określonego w myśl poprzedniego zdania, wynosi co najmniej 0,5 %, a jednocześnie zostały spełnione wszystkie pozostałe warunki, określone w umowie ubezpieczenia dla uznania prawa do

świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego TNÚ. Do uznania roszczenia zastosowanie mają pozostałe postanowienia regulujące przedmiotowe ubezpieczenie dodatkowe, włącznie z wyjątkami.

6. Jeżeli jeden nieszczęśliwy wypadek spowoduje więcej trwałych uszczerbków na zdrowiu, powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego za maksymalnie 100 % uszczerbku. Jeżeli w umowie ubezpieczenia uzgodniono progresywną formę świadczenia ubezpieczeniowego dla ubezpieczenia dodatkowego TNÚ, współczynniki progresji określa się oddzielnie dla każdego pojedynczego uszczerbku na zdrowiu (pozycji w tabeli), poczynając od trwałego uszczerbku na zdrowiu o najwyższym stopniu .
7. W umowie ubezpieczenia może zostać uzgodniona minimalna wysokość ogólnej oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku (minimalna ocena procentowa). Jeżeli konkretna umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, minimalna ocena procentowa wynosi 0,5 %. Jeżeli ogólna ocena procentowa trwałego uszczerbku na zdrowiu, powstałego wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku, jest niższa niż uzgodniona minimalna ocena procentowa, nie powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Jeżeli poszczególne trwałe uszczerbki na zdrowiu po jednym lub kilku nieszczęśliwych wypadkach dotyczą:
 - a) tej samej części ciała (organu, kończyny lub jej części), ocenia się je jako całość, z najwyższą oceną procentową podaną w tabeli nr 1 w załączniku do niniejszych SWU w przypadku anatomicznej lub czynnościowej utraty danej części ciała (organu, kończyny lub jej części),
 - b) części ciała (organu, kończyny lub jej części), uszkodzonej jeszcze przed nieszczęśliwym wypadkiem, wówczas ubezpieczyciel pomniejszy proporcjonalnie świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z zakresem uprzedniego uszczerbku na zdrowiu.
9. Do zdarzenia ubezpieczeniowego nie dochodzi w przypadku:
 - a) dowolnego uszczerbku na zdrowiu w wyniku choroby, w tym układowych chorób zakaźnych, również w przypadku, kiedy choroba została ujawniona wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) dowolnego uszczerbku na zdrowiu powstałego wskutek błędu lekarskiego w trakcie zabiegu.

Artykuł 20

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

1. W ubezpieczeniu dodatkowym NÚ za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się nieszczęśliwy wypadek, do którego doszło w trakcie obowiązywania danego ubezpieczenia dodatkowego, i który spowodował u ubezpieczonej osoby uszczerbek na zdrowiu, wskazany w tabeli nr 3 w załączniku niniejszych SWU.
2. Z tytułu ubezpieczenia dodatkowego NÚ powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego i zostaną spełnione wszystkie warunki określone w umowie ubezpieczenia dla powstania prawa do świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli ubezpieczona osoba nie przeżyje co najmniej dwudziestu ośmiu (28) dni od momentu nieszczęśliwego wypadku, który doprowadził do powstania zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe jest równe procentowi sumy ubezpieczenia, uzgodnionej dla danego ubezpieczenia dodatkowego na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, określonego zgodnie z tabelą nr 3 w załączniku do niniejszych SWU w zależności od charakteru i zakresu uszczerbku na zdrowiu, określonych przez ubezpieczyciela. Jeżeli ubezpieczona osoba w trakcie obowiązywania niniejszego ubezpieczenia dodat-

kowego dozna kilkukrotnie tego samego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, powstanie prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, odpowiadającego połowie oceny procentowej za dany uszczerbek na zdrowiu, chyba że niniejsze SWU lub konkretna umowa ubezpieczenia stanowią inaczej.

5. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, prawo do świadczenia ubezpieczeniowego powstaje za każdy uszczerbek na zdrowiu, wymieniony w tabeli nr 3 do niniejszych SWU, powstały wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku. Uszczerbek na zdrowiu z tej samej okolicy (okolice: I. Głowa i organy zmysłów; II. Szyja; III. Klatka piersiowa; IV. Brzucha, układ moczowy i genitalia; V. Biodrowy odcinek kręgosłupa i miednica; VI. Kończyna górna; VII. Kończyna dolna; VIII. Inny uszczerbek na zdrowiu) są oceniane jako całość, z zastosowaniem najwyższej oceny procentowej powstałego uszczerbku na zdrowiu w danej okolicy, według tabeli nr 3 w załączniku do niniejszych SWU. Ubezpieczona osoba ma zawsze prawo do świadczenia ubezpieczeniowego do maksymalnej wysokości 100% oceny procentowej, określonej w wyżej wskazany sposób.
6. Dla celów ubezpieczenia dodatkowego NÚ w myśl niniejszych SWU:
 - a) stłuczenie oznacza poważny, tępy, nieprzenikający uraz wskutek działania siły mechanicznej, powodującej jednocześnie znaczny wylew krwi, ból, opuchliznę i tymczasowe zaburzenia czynności uszkodzonej części ciała i/lub organu,
 - b) przemieszczenie oznacza przesunięcie odłamów kości, wymagające repozycji przez lekarza i/lub osteosyntezy,
 - c) zwichnięcie oznacza takie zwichnięcie (luxatio), które było leczone przez repozycję wykonaną przez lekarza,
 - d) rany oznaczają rany cięte, rąbane, szarpane, klute, postrzałowe oraz powstałe w wyniku ugryzienia, sięgające do tkanki podskórnej.
7. Do zdarzenia ubezpieczeniowego nie dochodzi w przypadku:
 - a) jakiegokolwiek uszczerbku na zdrowiu wywołanego przez uraz wskutek nieszczęśliwego wypadku, nie wymieniony w tabeli nr 3 w załączniku do niniejszych SWU,
 - b) powierzchniowej rany skóry,
 - c) naciągnięcia mięśni, wiązań i/lub więzadeł (dystensja),
 - d) jakichkolwiek złamań, jeżeli ubezpieczona osoba choruje na wrodzoną łamliwość kości, osteoporozę, guza i/lub cystę tkanki łącznej w miejscu obrażenia i/lub złamań zmęczeniowych,
 - e) dowolnego uszczerbku na zdrowiu powstałego wskutek błędu lekarskiego w trakcie zabiegu,
 - f) dowolnego uszczerbku na zdrowiu w wyniku choroby, w tym systemowych chorób zakaźnych, również w przypadku, kiedy choroba została ujawniona wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł 21

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego inwalidztwa

1. Postanowienia niniejszego artykułu mają zastosowanie wyłącznie wówczas, gdy ubezpieczenie dodatkowe było w mocy w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zdarzenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego PTPI zostało określone w OWU, przy czym okres, przez który musi utrzymywać się pełne inwalidztwo ubezpieczonej osoby wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, został określony jako dwanaście (12) miesięcy.
3. Dla potrzeb przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego trwałe całkowite inwalidztwo ubezpieczonej osoby oznacza, że ubezpieczona osoba jest inwalidą i jest to stan trwały i nieodwracalny.
4. Dla potrzeb przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego ubezpieczona osoba jest uważana za inwalidę, jeżeli z powodu inwalidztwa jej zdolność do pracy spadła co najmniej o 70 %.

5. Dla potrzeb przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego zdolność do pracy oznacza zdolność ubezpieczonej osoby dorosłej do wykonywania działalności zarobkowej, odpowiedniej do jej predyspozycji fizycznych, zmysłowych i umysłowych, z uwzględnieniem zdobytego wykształcenia, doświadczenia i wiedzy oraz poprzedniej działalności zarobkowej. Dla potrzeb przedmiotowego ubezpieczenia dodatkowego obniżenie zdolności do pracy oznacza spadek zdolności do wykonywania działalności zarobkowej wskutek ograniczenia fizycznych, zmysłowych i umysłowych zdolności w porównaniu ze stanem ubezpieczonej osoby dorosłej przed wystąpieniem inwalidztwa.
6. Obniżenie zdolności do pracy określa się na podstawie stanu zdrowia ubezpieczonej osoby dorosłej, udokumentowanego wynikami badań czynnościowych; przy czym uwzględnia się, czy chodzi o uszczerbek na zdrowiu mający trwały wpływ na zdolność do pracy, czy chodzi o ustabilizowany stan zdrowia, czy i jak ubezpieczona osoba zaadaptowała się do swego uszczerbku na zdrowiu oraz zdolność ubezpieczonej osoby dorosłej do przekwalifikowania się na inny rodzaj działalności zarobkowej niż ta dotąd przez nią wykonywana.
7. Trwałe pełne inwalidztwo ocenia ubezpieczyciel, również na podstawie opinii (dokumentacji) zakładu opieki medycznej, upoważnionego przez ubezpieczyciela.
8. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego PTPI jest równa uzgodnionej sumie ubezpieczenia dla ubezpieczenia dodatkowego PTPI, obowiązującej na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Wraz z przyznaniem świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego PTPI ubezpieczenie dodatkowe, o którym mowa w przedmiotowym artykule wygasa.

Artykuł 22

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego zwolnienia z opłacania składki ubezpieczeniowej

1. Zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ubezpieczeniem dodatkowym ZPPN zostało zdefiniowane w OWU, przy czym okres, przez który musi utrzymywać się nieprzerwanie pełna niezdolność do pracy ubezpieczonej osoby wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, został określony jako trzy (3) miesiące.
2. Jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonej osoby dorosłej w trakcie obowiązywania ubezpieczenia dodatkowego ZPPN, oraz zostały spełnione wszystkie warunki określone w umowie ubezpieczenia dla powstania prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, wówczas świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ZPPN udzielane jest w formie zwolnienia ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki ubezpieczeniowej w zakresie określonym w niniejszych SWU i/lub w konkretnej umowie ubezpieczenia. Ubezpieczający zostaje zwolniony z opłacania składki ubezpieczeniowej maksymalnie do końca pełnej niezdolności do pracy ubezpieczonej osoby dorosłej lub do czasu wygaśnięcia ubezpieczenia dodatkowego ZPPN, jeżeli zdarzenie to nastąpi wcześniej.
3. Jeżeli konkretna umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, zwolnienie z opłacania składki ubezpieczeniowej odnosi się do regularnej składki na ubezpieczenie na początkowy dzień ubezpieczenia dodatkowego ZPPN. W razie podniesienia regularnej składki ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel, zanim zaakceptuje każde takie podniesienie, poinformuje czy zwolnienie z opłacania składki ubezpieczeniowej będzie odnosić się również do tejże podwyżki składki ubezpieczeniowej.
4. Zdarzenie ubezpieczeniowe nie nastąpi, jeżeli całkowita niezdolność ubezpieczonej osoby do pracy nastąpiła wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, na którą ubezpieczona osoba była leczona lub znajdowała się pod obserwacją lekarza i/lub wiedziała o nich w okresie trzech (3) lat przed rozpoczę-

ciem danego ubezpieczenia dodatkowego i/lub były u niej w tym czasie obecne lub zostały zdiagnozowane ich symptomy.

Artykuł 23

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego groźnej choroby

1. Postanowienia niniejszego artykułu mają zastosowanie wyłącznie wówczas, gdy ubezpieczenie dodatkowe PPZO było w mocy w momencie zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ubezpieczeniem dodatkowym PPZO zostało zdefiniowane w OWU, przy czym lista groźnych chorób i zabiegów medycznych objętych ubezpieczeniem dodatkowym PPZO została określona w artykule 25 niniejszych SWU. Ponadto warunkiem powstania zdarzenia ubezpieczeniowego jest przeżycie przez ubezpieczoną osobą dorosłą co najmniej dwudziestu ośmiu (28) dni od dnia postawienia danej diagnozy lub zakończenia danego zabiegu medycznego.
3. Dla ubezpieczenia dodatkowego PPZO zostaje uzgodniony okres karencji trwający trzy (3) miesiące od początku ubezpieczenia dodatkowego PPZO.
4. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego PPZO jest równa uzgodnionej sumie ubezpieczenia dla ubezpieczenia dodatkowego PPZO na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego PPZO maksymalnie za jedno zdarzenie ubezpieczeniowe.
5. Wraz z przyznaniem świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia dodatkowego PPZO ubezpieczenie dodatkowe PPZO wygasa.
6. Jeżeli wskutek zdarzenia zdefiniowanego w artykule 11, ust. 4 OWU dojdzie do wygaśnięcia PPZO, ubezpieczyciel podniesie liczbę jednostek uczestnictwa na rachunku inwestycyjnym o jednostki uczestnictwa pierwotnie odliczone w myśl artykułu 10, ust. 2 niniejszych SWU w związku z ubezpieczeniem dodatkowym PPZO.

Artykuł 24

Lista chorób i zabiegów medycznych objętych dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek groźnej choroby ubezpieczonej osoby

1. Zawał mięśnia sercowego

Przez zawał mięśnia sercowego dla potrzeb ubezpieczenia VISP rozumiana jest choroba, w której dochodzi do martwicy części mięśnia sercowego na skutek nagłego zamknięcia tętnicy wieńcowej zaopatrującej dany obszar. Diagnoza zawału mięśnia sercowego musi zostać udowodniona przez wywiad typowego bólu w klatce piersiowej, znaczący wzrost poziomu enzymów sercowych oraz nowopowstałe zmiany elektrokardiograficzne (EKG), dokumentujące powstanie i rozwój zawału mięśnia sercowego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje w następujących przypadkach:

- a) ubezpieczona osoba przeszła zawał mięśnia sercowego przed zawarciem ubezpieczenia PPZO,
- b) choroba została sklasyfikowana jako dławica piersiowa dowolnego typu,
- c) choroba została sklasyfikowana jako mikro zawał z niewielkim wzrostem stężenia troponiny T i nie zostały zdiagnozowane żadne zmiany elektrokardiograficzne (EKG) lub inne objawy kliniczne.

2. Udar mózgu

Przez udar mózgu na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiana jest choroba mózgową, skutkująca powstaniem udowodnionych klinicznie objawów neurologicznych, które w

fazie ostrej trwają co najmniej dwadzieścia cztery (24) godziny i przechodzą w trwałe ubytki neurologiczne, możliwe do udowodnienia w trakcie badania w terminie sześciu (6) tygodni po wystąpieniu choroby; diagnoza udaru mózgu musi zostać udokumentowana przez powstanie odpowiednich nowych zmian w trakcie badania tomografią komputerową (CT) lub magnetycznym rezonansem jądrowym (MRI).

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje w następujących przypadkach:

- a) choroba została sklasyfikowana jako przemijający atak niedokrwienny,
- b) objawy naruszonej funkcji ośrodkowego układu nerwowego zostały spowodowane przez migrenę,
- c) objawy naruszonej funkcji ośrodkowego układu nerwowego zostały spowodowane przez uraz, hipoksję (niedobór tlenu w krwi) i/lub chorobę tętniczą,
- d) objawy naruszonej funkcji oka i/lub nerwu ocznego zostały spowodowane przez uraz, hipoksję (niedobór tlenu w krwi) i/lub chorobę tętniczą,
- e) objawy naruszenia układu przedsionkowego zostały spowodowane przez jego niedokrwienie (ischemię).

3. Nowotwory złośliwe

Przez nowotwór złośliwy na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiana jest choroba, w której dochodzi do niekontrolowanego wzrostu i rozwoju komórek złośliwych, przenikających do zdrowej tkanki. Ubezpieczona osoba musi przedłożyć ubezpieczycielowi dokumentację lekarską, zawierającą jasną klasyfikację histologiczną nowotworu złośliwego, potwierdzoną przez onkologa lub patologa.

Dla potrzeb definicji zdarzenia ubezpieczeniowego termin „nowotwór złośliwy“ obejmuje:

- a) nowotwory złośliwe lite,
- b) leukemię (z wyjątkiem chronicznej leukemii limfatycznej w stadium A wg klasyfikacji Bineta, ew. 0 i 1 wg klasyfikacji Rai),
- c) chłoniaki złośliwe,
- d) chorobę Hodgkina,
- e) nowotwory złośliwe szpiku kostnego,
- f) nowotwory przerzutowe skóry.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje w następujących przypadkach:

- a) chroniczna leukemia limfatyczna w stadium A wg klasyfikacji Bineta, ew. 0 i 1 wg klasyfikacji Rai,
- b) nowotwór typu carcinoma in situ,
- c) dysplazja szyjki macicy i/lub rak szyjki macicy klasyfikowane jako CIN-1, CIN-2 lub CIN-3,
- d) rozwój komórek nowotworowych klasyfikowany histologicznie jako stan przedrakowy i/lub jako nowotwór niezłośliwy,
- e) rak prostaty stopnia T1 (w tym T1a lub T1b) wg klasyfikacji TNM i/lub niższego stopnia wg dowolnej innej porównywalnej klasyfikacji,
- f) czerniak złośliwy stopnia niższego niż IIA wg klasyfikacji klinicznej i patologicznej (tj. stopnia niższego niż T2b wg klasyfikacji TNM, z głębokością inwazji określoną histologicznie poniżej 2 mm bez owrzodzenia),
- g) wszelkie hiperkeratozy i nowotwory podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe,
- h) jakiegokolwiek nowotwory, jeżeli u dorosłej osoby ubezpieczonej stwierdzono obecność wirusa HIV (AIDS).

4. Końcowe stadium niewydolności nerek

Przez końcowe stadium niewydolności nerek na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumie się całkowitą i nieodwracalną

utrata funkcji obu nerek. Ubezpieczona osoba musi przedłożyć ubezpieczycielowi dokumentację lekarską udowadniającą konieczność stosowania regularnej hemodializy przez okres minimalnie trzech (3) miesięcy. Zdarzenie ubezpieczeniowe powstaje ostatniego dnia ww. terminu.

5. Przeszczep narządów wewnętrznych

Za poważną chorobę dla potrzeb ubezpieczenia VISP uznaje się sytuację, w której ubezpieczona osoba znajduje się na liście osób oczekujących na przeszczep co najmniej jednego całego narządu ludzkiego z poniższej listy przez okres sześciu miesięcy, począwszy od ostatniego dnia ww. terminu. Dla potrzeb ubezpieczenia VISP za interwencję lekarską uważa się przeszczep co najmniej jednego całego narządu ludzkiego z poniższej listy:

- a) serce,
- b) płuco,
- c) wątroba,
- d) nerka,
- e) trzustka,
- f) całkowita ablacja szpiku kostnego i przeszczep ludzkiego szpiku kostnego z wykorzystaniem hematopoetycznych komórek macierzystych.

Przeszczep całego narządu ludzkiego musi być niezbędny z medycznego punktu widzenia i uzasadniony w dokumentacji uprzednią całkowitą niewydolnością narządu własnego.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje w następujących przypadkach przeszczepu szpiku kostnego:

- a) przeszczep nie jest poprzedzony całkowitą ablacją szpiku kostnego,
- b) do przeszczepu ludzkiego szpiku kostnego wykorzystano inne niż hematopoetyczne komórki macierzyste.

6. Pomostowanie aortalno-wieńcowe

Na potrzeby ubezpieczenia VISP za interwencję lekarską uważa się zabieg kardiologiczny na otwartym sercu, mający na celu wykonanie pomostowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów żylnych. Ubezpieczona osoba zobowiązana jest do przedłożenia angiografii (koronarografii), która była podstawą do wykonania ww. zabiegu kardiologicznego oraz potwierdzenia specjalisty (kardiologa) na piśmie, że wykonanie ww. operacji było niezbędne z medycznego punktu widzenia.

Zdarzenia ubezpieczeniowe nie występuje, jeżeli udrożnienie tętnic wieńcowych wykonane jest za pomocą cewników wewnątrz tętniczych, do których należą np. angioplastyka (PTCA), rotablacja, techniki laserowe lub inne podobne procedury.

7. Ślepotą

Przez ślepotę dla potrzeb ubezpieczenia VISP rozumiana jest całkowita, potwierdzona klinicznie i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana przez nagłą chorobę, potwierdzona na piśmie przez specjalistę (oftalmologa). Przedłożona dokumentacja medyczna musi również zawierać stanowisko specjalisty (oftalmologa) na piśmie, stwierdzające, że w dniu zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego nie jest znana żadna procedura medyczna, która mogłaby mieć wpływ na całkowitą utratę wzroku w obu oczach.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje, jeżeli przyczyną ślepoty obu oczu był uraz.

8. Głuchota

Przez głuchotę na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiana jest całkowita, potwierdzona klinicznie i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, trwająca dłużej, niż dwanaście (12) miesięcy, spowodowana przez nagłą chorobę, potwierdzona na

piśmie przez specjalistę (otolaryngologa). Przedłożona dokumentacja medyczna musi również zawierać stanowisko specjalisty (otolaryngologa) na piśmie, stwierdzające, że w dniu zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego nie jest znana żadna procedura medyczna, która mogłaby mieć wpływ na całkowitą utratę słuchu w obu uszach.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje, jeżeli przyczyną głuchoty w obu uszach był uraz.

9. Niezłśliwy nowotwór mózgu

Przez niezłśliwy nowotwór mózgu na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiany jest nowotwór w przestrzeni wewnątrzczaszkowej spełniający następujące kryteria:

- nowotwór niezłśliwy w obszarze tkanki mózgowej lub nowotwór niezłśliwy wewnątrzczaszkowy, którego rozrost powoduje uszkodzenie mózgu,
- obecność ww. nowotworu wymaga interwencji neurochirurgicznej lub (jeżeli operacja jest niemożliwa) musi powodować objawy trwałego ubytku neurologicznego.

Diagnoza niezłśliwego nowotworu mózgu musi być potwierdzona na piśmie przez neurologa lub neurochirurga.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje, jeżeli niezłśliwy nowotwór mózgu sklasyfikowany jest jako:

- torbiel,
- ziarniniak,
- malformacja tętnic mózgowych,
- malformacja żył mózgowych,
- krwiak,
- nowotwór w obszarze przysadki mózgowej,
- nowotwór w obszarze rdzenia kręgowego.

10. Zarażenie HIV w trakcie transfuzji krwi

Przez zarażenie HIV w trakcie transfuzji krwi na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiane jest wykrycie wirusa HIV (wirus niedoboru odporności) w surowicy, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:

- osoba ubezpieczona została w możliwy do udowodnienia sposób zakażona na skutek transfuzji krwi wykonanej na terenie państwa należącego do EWG, Szwajcarii, USA, Kanady, Australii lub Nowej Zelandii w okresie obowiązywania dodatkowego ubezpieczenia PPZO,
- ubezpieczona osoba nie cierpi na hemofilię.

Ubezpieczona osoba musi przedłożyć ubezpieczycielowi wszystkie wyniki badań krwi i na wniosek ubezpieczyciela poddać się badaniom w miejscu wyznaczonym przez ubezpieczyciela.

Zdarzenie ubezpieczeniowe nie powstaje, jeżeli ubezpieczona osoba została zakażona w jakikolwiek inny sposób, niż na skutek transfuzji krwi, albo w dniu powiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym znany jest skuteczny sposób leczenia choroby.

11. Zarażenie HIV w trakcie wykonywania pracy zawodowej

Przez zarażenie HIV w trakcie wykonywania pracy zawodowej na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiane jest wykrycie wirusa HIV (wirus niedoboru odporności) w surowicy, przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:

- ubezpieczona osoba została w możliwy do udowodnienia sposób zakażona w trakcie wykonywania normalnych czynności roboczych związanych z jej zawodem, wymienionym na liście poniżej, albo na skutek kontaktu z krwią lub inną cieczą w związku z zawodem, wykonywanym przez ubezpieczoną osobę dorosłą, w okresie obowiązywania dodatkowego ubezpieczenia PPZO,
- serokonwersja miała miejsce w okresie sześciu (6) miesięcy od przeniesienia infekcji,
- ubezpieczona osoba przedłożyła negatywny wynik testu na

obecność wirusa HIV i przeciwciał wirusa HIV; badanie musi zostać wykonane najpóźniej w ciągu 5 dni od przeniesienia infekcji,

- ubezpieczona osoba udokumentowała obecność wirusa HIV lub przeciwciał wirusa HIV najpóźniej dwanaście (12) miesięcy od przeniesienia infekcji,
- ubezpieczona osoba udokumentowała, że zarażenie wirusem HIV jest chorobą zawodową.

Lista zawodów, przy wykonywaniu których może powstać zdarzenie ubezpieczeniowe:

- lekarz lub dentysta,
- pielęgniarka,
- laborant medyczny lub asystent/pracownik laboratorium,
- pielęgniarka lub kierowca pojazdu przewożącego osoby chore lub ranne,
- asystent medyczny lub radiologiczny,
- ratownik medyczny lub kierowca pojazdu służb ratownictwa medycznego,
- położna,
- strażak,
- policjant,
- pracownik służby więziennej.

12. Poważne choroby przenoszone przez kleszcze

Przez poważne choroby przenoszone przez kleszcze na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiane są ostra forma odkleszczowego zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych lub boreliozy, spowodowane przez ugryzienie kleszcza. Objawy choroby muszą pojawić się w okresie trzech (3) miesięcy następujących po ugryzieniu kleszcza i trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu (6) miesięcy, a diagnoza musi zostać udokumentowana zależnie od choroby w sposób określony poniżej.

Przez odkleszczowe zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych (ZOM) na potrzeby VISP rozumie się zapalenie mózgu i/lub opon mózgowo-rdzeniowych, wywołane przez specyficzne arbowirusy, przenoszone zwykle przez kleszcze na obszarach o ogólnie znanym występowaniu ZOM. Choroba musi spełniać wszystkie poniższe kryteria:

- ubezpieczona osoba udokumentowała wywiad ugryzienia przez kleszcza, w tym datę zapisaną w dokumentacji medycznej,
- ubezpieczona osoba przebywała na obszarze z ogólnie znanym występowaniem ZOM,
- ZOM jest odpowiednio leczone ambulatoryjnie lub w trakcie hospitalizacji,
- ubezpieczona osoba udokumentowała obecność przeciwciał ZOM w surowicy i/lub płynie mózgowo-rdzeniowym oraz podwyższony poziom przeciwciał IgM potwierdzający ostrą infekcję,
- poważne skutki neurologiczne i/lub psychiatryczne ZOM zostały potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę.

Przez boreliozę na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiany jest bakteryjny stan zapalny z poważnymi objawami skórными, neurologicznymi, kardiologicznymi i stawowymi. Choroba musi spełniać wszystkie poniższe kryteria:

- ubezpieczona osoba udokumentowała wywiad ugryzienia przez kleszcza, w tym datę zapisaną w dokumentacji medycznej,
- ubezpieczona osoba jednoznacznie udokumentowała obecność bakterii *Borrelia burgdorferi*,
- ubezpieczona osoba udokumentowała obecność specyficznych przeciwciał boreliozy w organizmie (IgM i IgG potwierdzające ostrą infekcję),

d) objawy spowodowane jednoznacznie przez boreliozę i powaga ich skutków są potwierdzone przez odpowiedniego lekarza specjalistę.

13. Stwardnienie rozsiane

Przez stwardnienie rozsiane (SR) na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiana jest choroba zapalna ośrodkowego układu nerwowego z ogniskami demielinizacyjnymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Diagnoza musi zostać wydana przez neurologa i potwierdzona wynikami magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI) i/lub tomografii komputerowej (CT) oraz jednym z pozostałych testów (analizą płynu mózgowo-rdzeniowego, badaniem potencjałów wywołanych, określeniem autoprzeciwciał w surowicy itp.). Choroba ośrodkowego układu nerwowego z jakichkolwiek innych przyczyn (np. chorób naczyń krwionośnych lub choroby wirusowej i/lub bakteryjnej) musi zostać jednoznacznie wykluczona.

Warunkiem powstania zdarzenia ubezpieczonego jest wystąpienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych. Przez ubytek neurologiczny rozumiany jest co najmniej jeden z poniższych stanów:

- porażenie obu górnych lub obu dolnych kończyn, uniemożliwiające ubezpieczonej osobie dorosłej wykonywanie codziennych czynności (np. samodzielne spożywanie posiłku),
- potwierdzone neurologicznie poważne zaburzenia chodzenia,
- ubezpieczona osoba musi korzystać z wózka inwalidzkiego.

Nieodwracalność ubytków neurologicznych określa i potwierdza neurolog, najwcześniej w terminie sześciu (6) miesięcy od daty pierwszego objawu trwałego ubytku neurologicznego spowodowanego przez SR.

14. Śpiączka

Przez śpiączkę na potrzeby ubezpieczenia VISP rozumiany jest stan głębokiej utraty świadomości bez reakcji na bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne potrzeby trwający nieprzerwanie przez okres co najmniej dziewięćdziesięciu sześciu (96) godzin z koniecznością wsparcia podstawowych funkcji życiowych.

Warunkiem powstania zdarzenia ubezpieczeniowego jest spowodowany przez śpiączkę trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny powodujący trwałą i nieodwracalną niezdolność ubezpieczonej osoby dorosłej do wykonywania co najmniej jednej z wymienionych poniżej codziennych czynności:

- poruszania się pomiędzy pomieszczeniami po płaskiej powierzchni,
- samodzielnego spożywania przygotowanego pożywienia,
- komunikacji werbalnej z otoczeniem.

Trwały i nieodwracalny ubytek neurologiczny powodujący co najmniej jeden z ww. objawów nie jest warunkiem powstania zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku śpiączki trwającej nieprzerwanie dłużej niż dwa (2) miesiące.

Artykuł 25

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia dodatkowego hospitalizacji

- W ubezpieczeniu dodatkowym DDH za zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się moment upływu dwudziestu czterech (24) godzin stacjonarnej opieki szpitalnej, udzielonej ubezpieczonej osobie na terytorium państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Szwajcarii, USA, Kanady, Australii lub Nowej Zelandii, która z medycznego punktu widzenia jest niezbędna wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku (dalej również jako „hospitalizacja“), pod warunkiem, że przedmiotowe ubezpieczenie dodatkowe DDH trwało nieprzerwanie od dnia nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia choroby, na którą ubezpieczona osoba była następnie hospitalizowana,

do momentu zdarzenia ubezpieczeniowego, zaś w przypadku hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod dodatkowym warunkiem, iż do przedmiotowej hospitalizacji doszło w ciągu pierwszych dwunastu (12) miesięcy od nieszczęśliwego wypadku.

- O hospitalizację niezbędną z medycznego punktu widzenia chodzi wówczas, gdy leczenie osoby ubezpieczonej ze względu na powagę choroby lub obrażeń, lub charakter tego badania, musi zostać przeprowadzone w szpitalu na oddziale łóżkowym.
- Dla ubezpieczenia dodatkowego DDH zostaje uzgodniony okres karencji trwający trzy (3) miesiące od początku ubezpieczenia dodatkowego DDH. W razie zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wskutek ostrej choroby zakaźnej, nie ma zastosowania okres karencji. Dodatkowy okres karencji trwający osiem (8) miesięcy zostaje uzgodniony na wypadek hospitalizacji związanej z ciążą lub porodem ubezpieczonej osoby.
- Z tytułu ubezpieczenia dodatkowego hospitalizacji powstaje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest hospitalizacja ubezpieczonej osoby, i zostaną spełnione wszystkie warunki określone w umowie ubezpieczenia dla powstania prawa do świadczenia.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zostaje określona jako wielokrotność kwoty i/lub procent tej kwoty uzgodnionej (uzgodnionego) w konkretnej umowie ubezpieczenia (dalej również jako „świadczenie dzienne“) oraz liczby dni kalendarzowych hospitalizacji, kiedy ubezpieczona osoba przebywała w szpitalu. W celu określenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, dzień, w którym ubezpieczona osoba została przyjęta do leczenia szpitalnego oraz dzień, kiedy została wypisana ze szpitala, są zliczane i traktowane jako jeden (1) dzień hospitalizacji.
- Ubezpieczyciel wypłaci w sumie z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego DDH maksymalnie kwotę odpowiadającą uzgodnionemu świadczeniu dziennemu pomnożonemu przez 365 dni. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego osiągnie kwotę określoną w myśl poprzedniego zdania, ubezpieczenie dodatkowe DDH wygasa.
- Dla celów ust. 6 niniejszego artykułu, za jedno zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się hospitalizację w wyniku tej samej diagnozy, jeżeli przerwa między nimi nie przekracza sześciu (6) miesięcy.
- Wraz z wygaśnięciem ubezpieczenia dodatkowego DDH wygasa również prawo do kolejnego świadczenia ubezpieczeniowego, czyli ubezpieczona osoba ma prawo do świadczenia dziennego do dnia bezpośrednio poprzedzającego dzień wygaśnięcia ubezpieczenia dodatkowego DDH.
- Ubezpieczający i/lub ubezpieczony zgłosi ubezpieczycielowi hospitalizację ubezpieczonej osoby bez zbędnej zwłoki, w terminie nie przekraczającym piętnastu (15) dni po zakończeniu hospitalizacji, a następnie - na żądanie ubezpieczyciela przedłoży niezbędne dokumenty, w szczególności - kopię karty wypisowej. Jeżeli zostanie naruszony któryś z obowiązków w myśl poprzedniego zdania, ubezpieczyciel może odpowiednio pomniejszyć świadczenie ubezpieczeniowe.
- Świadczenie ubezpieczeniowe jest wymagalne w terminie trzydziestu (30) dni od zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

11. Jeżeli czas trwania hospitalizacji ubezpieczonej osoby przekroczy okres wskazany w Taryfie opłat i/lub wysokość zakładanego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu DDH przekroczy kwotę wskazaną w Taryfie opłat, ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczonej osoby na piśmie, wypłaci zaliczkę na poczet świadczenia ubezpieczeniowego do maksymalnej wysokości określonej w Taryfie opłat.
12. Zdarzenie ubezpieczeniowe ani powstanie roszczenia do wypłaty świadczenia nie nastąpi w następujących przypadkach hospitalizacji ubezpieczonej osoby:
 - a) wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, na którą ubezpieczona osoba była leczona lub znajdowała się pod obserwacją lekarza i/lub wiedziała o nich w okresie trzech (3) lat przed rozpoczęciem danego ubezpieczenia dodatkowego i/lub były u niej w tym czasie zdiagnozowane ich symptomy,
 - b) w ośrodku dla osób przewlekle chorych, ośrodkiem opieki szpitalnej, ośrodku leczenia gruźlicy i chorób układu oddechowego lub innym specjalistycznym ośrodku zdrowia, w szpitalu psychiatrycznym lub innym ośrodku opieki medycznej w związku z rozpoznaniem psychiatrycznym lub psychologicznym, w ośrodku leczenia alkoholizmu lub w związku z leczeniem narkomanii i innych uzależnień, w uzdrowisku, sanatorium lub ośrodku rehabilitacyjnym lub ośrodku opieki społecznej,
 - c) w szpitalu, w którym nie stosuje się powszechnie uznanych metod terapeutyczno-diagnostycznych,
 - d) w związku z koniecznością opieki domowej lub pielęgniarskiej,
 - e) w związku z zabiegami kosmetycznymi i innymi zabiegami medycznymi, które z medycznego punktu widzenia nie są konieczne,
 - f) w związku z prewencyjnymi badaniami lekarskimi,
 - g) w związku ze sterylizacją, antykoncepcją lub badaniem związanym z bezpłodnością,
 - h) w związku z zakażeniem i/lub podejrzeniem zakażenia i/ lub zachorowaniem wywołanym przez wirusa HIV lub jego wariant.

Artykuł 26

Wariant ubezpieczenia dla ubezpieczonych posiadających kredyty i pożyczki bankowe (ÚVA).

1. W umowie ubezpieczenia dla ubezpieczonej osoby może zostać uzgodnione tzw. ubezpieczenie kredytów i pożyczek bankowych, będące połączeniem wszystkich poniżej wskazanych rodzajów ochrony ubezpieczeniowej, wspólnie uzgodnionych w ramach ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia ubezpieczonej osoby:
 - a) ubezpieczenie dodatkowe inwalidztwa w myśl artykułu 21 niniejszych SWU,
 - b) ubezpieczenie dodatkowe groźnej choroby w myśl artykułu 23 niniejszych SWU i
 - c) podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci o element malejący.
2. Z dniem wygaśnięcia jednego z zawartych ubezpieczeń dodatkowych w ramach ubezpieczenia kredytów z powodu zdarzenia ubezpieczeniowego lub w wyniku zdarzenia określonego w artykule 11, ust. 4 OWU, odnośny element malejący sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, uzgodniony w ramach ubezpieczenia kredytów, zostaje zmniejszony do zera oraz dochodzi do wygaśnięcia wszystkich ubezpieczeń dodatkowych, zawartych w ramach ubezpieczenia kredytów.
3. Z dniem obniżenia do zera odnośnego elementu malejącego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, uzgodnionego w ramach ubezpieczenia kredytów, dochodzi do wygaśnięcia wszystkich ubezpieczeń dodatkowych, zawartych w ramach

ubezpieczenia kredytów.

4. Jeżeli wskutek zdarzenia zdefiniowanego w artykule 11, ust. 4 OWU dojdzie do wygaśnięcia ubezpieczenia kredytów, ubezpieczyciel podniesie liczbę jednostek uczestnictwa na rachunku inwestycyjnym o jednostki uczestnictwa pierwotnie odliczone w myśl artykułu 10, ust. 2 niniejszych SWU w związku ze wszystkimi rodzajami ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia kredytów.

PROGRAMY INWESTYCYJNE

Artykuł 27

Programy inwestycyjne

1. Każdy program inwestycyjny jest powiązany z wydzielonymi i możliwymi do zidentyfikowania aktywami ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający może wybierać z kilku programów inwestycyjnych, różniących się od siebie rodzajem aktywów, z którymi są powiązane, a tym samym również rentownością i stopniem ryzyka.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo, aby w dowolnym momencie zamknąć możliwość inwestowania w program inwestycyjny dla celów określonych w artykułach 8, 14 i 15 niniejszych SWU. Wszelkie zyski i wzrost wartości aktywów, z którymi powiązany jest program inwestycyjny, będą doliczane do danych aktywów. Kwota ta, po odliczeniu ewentualnego podatku, podniesie wartość wszystkich jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego.
4. Jednostki uczestnictwa programu inwestycyjnego mogą zostać utworzone wyłącznie wówczas, kiedy w portfelu aktywów, z którymi jest powiązany program inwestycyjny, umieszczono aktywa, których wartość jest równa wartości tworzonych jednostek uczestnictwa.
5. Z wyjątkiem artykułu 29, ust. 4, 5 i 6 niniejszych SWU z portfela aktywów, z którymi jest powiązany program inwestycyjny, aktywa mogą być usuwane wyłącznie wówczas, gdy doszło do zlikwidowania jednostek uczestnictwa w programie inwestycyjnym, w wartości odpowiadającej wartości usuwanych aktywów.
6. Ze względu na charakter programów inwestycyjnych, cena ich jednostek uczestnictwa nie jest zagwarantowana przez ubezpieczyciela, stąd może dojść do jej wzrostu i spadku.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do tworzenia nowych programów inwestycyjnych lub do łączenia, dzielenia lub zamykania istniejących programów inwestycyjnych. Ubezpieczający zostanie poinformowany na piśmie o każdorazowym ich połączeniu, podzieleniu lub zamknięciu.

Artykuł 28

Ograniczenie interesu w programach inwestycyjnych

1. Jednostki uczestnictwa w poszczególnych programach inwestycyjnych są doliczane do rachunku inwestycyjnego wyłącznie wirtualnie w celu możliwości określenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego i innych roszczeń wynikających z ubezpieczenia VISP.
2. Aktywa, z którymi powiązane są poszczególne programy inwestycyjne, oraz zyski wynikające z tychże aktywów, są własnością ubezpieczyciela i pozostają w jego własności przez cały okres obowiązywania ubezpieczenia VISP. Stąd ubezpieczenie VISP nie pociąga za sobą żadnych praw do żadnych aktywów ubezpieczyciela, ani żadnych zysków generowanych z tychże aktywów.

Artykuł 29

Wycena programu inwestycyjnego

1. Aktywa, z którymi powiązane są poszczególne programy inwestycyjne, będą wyceniane przez ubezpieczyciela co najmniej raz na miesiąc.

2. Maksymalna wartość programu inwestycyjnego określana jest przez ubezpieczyciela na podstawie wartości rynkowej, za którą mogłyby zostać realnie nabyte aktywa, z którymi powiązany jest program inwestycyjny, podniesionej o koszty związane z ich nabyciem, obniżonej o odliczenia na pokrycie kosztów, opłat związanych z obsługą oraz potrącenia podatkowe i inne, związane z programem inwestycyjnym opłaty, będące rzeczywistym lub potencjalnym obciążeniem tychże aktywów, oraz o pożyczki związane z programem inwestycyjnym.
3. Minimalna wartość programu inwestycyjnego określana jest przez ubezpieczyciela, na podstawie wartości rynkowej, za którą mogłyby zostać realnie sprzedane aktywa, z którymi powiązany jest program inwestycyjny, obniżonej o koszty poniesione na ich realizację, obniżonej o odliczenia na pokrycie kosztów, opłat związanych z obsługą oraz potrącenia podatkowe i inne, związane z programem inwestycyjnym opłaty, będące rzeczywistym lub potencjalnym obciążeniem tychże aktywów, oraz o pożyczki związane z programem inwestycyjnym.
4. Ubezpieczyciel może od aktywów, z którymi jest powiązany program inwestycyjny odliczyć jednostki o wartości odpowiadającej wysokości kosztów lub innych opłat związanych z programem inwestycji. Ubezpieczyciel czyni tak w sposób określony w Prospekcie Informacyjnym, udostępnianym na swojej stronie internetowej lub za pośrednictwem swojej strony internetowej.
5. Ubezpieczyciel może odliczyć od aktywów, z którymi powiązany jest program inwestycyjny, wszystkie potrącenia na poczet podatków, związane z tymi aktywami, oraz inne potrącenia związane z programem inwestycyjnym, oraz odsetki od pożyczek związanych z programem inwestycyjnym.
6. Od aktywów, z którymi powiązany jest program inwestycyjny, ubezpieczyciel może odliczyć kwotę związaną z obsługą aktywów, określoną przez ubezpieczyciela (tzw. opłata za obsługę aktywów). Wysokość opłaty za obsługę aktywów nie przekroczy rocznie 2 % wartości tychże aktywów. Opłata ta jest odliczana w ratach, wraz z każdą wyceną.
7. Ubezpieczyciel podejmuje wszystkie decyzje dotyczące wyceny aktywów, z którymi powiązany jest program inwestycyjny, oraz może wyznaczyć administratora portfela, odpowiadającego za obsługę tychże aktywów.

Artykuł 30

Określenie cen jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego

1. Cena kupna i sprzedaży jednostek uczestnictwa poszczególnych programów inwestycyjnych jest określana przez ubezpieczyciela w każdy dzień wyceny. Różnica między ceną kupna i sprzedaży jednostek uczestnictwa wynosi maksymalnie 5 % ceny kupna jednostek uczestnictwa.
2. Cena kupna jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego określana jest tak, aby nie przekroczyła maksymalnej wartości programu inwestycyjnego pomnożonej przez współczynnik 100/95 i podzielonej przez całkowitą liczbę jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego. Wynik zostaje zaokrąglony w górę maksymalnie o jeden (1) procent.
3. Cena sprzedaży jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego zostaje określona tak, aby nie była niższa niż minimalna wartość programu inwestycyjnego, podzielona przez całkowitą liczbę jednostek uczestnictwa programu inwestycyjnego. Wynik zostaje zaokrąglony w dół maksymalnie o jeden (1) procent.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Artykuł 31

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do umożliwienia zawierania porozumień w sprawie zmiany aktualnej umowy

ubezpieczenia lub zawierania następnie ubezpieczenia dodatkowego do ubezpieczenia na życie w formie transakcji na odległość przy czym zakres i warunki zostaną uprzednio opublikowane na stronach internetowych ubezpieczyciela. Wysokość i przedmiot opłat wymienionych w niniejszych SWU ubezpieczyciel będzie publikować w Taryfie opłat na stronach internetowych ubezpieczyciela.

2. W przypadku danego konkretnego ubezpieczenia obowiązuje zasada, zgodnie z którą pierwszeństwo mają postanowienia konkretnej umowy ubezpieczenia przed postanowieniami SWU, postanowienia SWU mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU. Postanowienia zawarte w pierwszym zdaniu nie odnoszą się do postanowień ogólnie wiążących przepisów prawa o charakterze bezwzględnie obowiązującym.
3. Ubezpieczyciel będzie wypłacać świadczenie wyłącznie na rachunek bankowy prowadzony w Polsce lub na adres uposażonego w Polsce. Płatności, których wysokość przekracza granicę określoną przez ubezpieczyciela ubezpieczyciel opłaca wyłącznie w sposób bezgotówkowy, chyba że strony uzgodnią inaczej.
4. W przypadkach, kiedy ubezpieczona osoba, ubezpieczający, uposażony lub dowolna osoba trzecia powiązana z ubezpieczeniem VISP wykonuje czynności związane z kwotą wykupu lub zdarzeniem ubezpieczeniowym, przy czym wysokość kwoty wykupu lub świadczenia ubezpieczeniowego może przekroczyć granicę określoną przez ubezpieczyciela, ubezpieczyciel może zażądać, aby dokumenty były podpisywane albo przed wskazanym pracownikiem ubezpieczyciela (z tym, że pracownik ten może skontrolować na podstawie dokumentu urzędowego tożsamość osoby składającej podpis lub oświadczenie) lub z uwierzytelnieniem podpisu przez właściwy organ administracji publicznej czy samorządu lub przez notariusza. Powyższe nie narusza obowiązku ubezpieczyciela związanego z obowiązującymi przepisami dotyczącymi przeciwdziałania praniu brudnych pieniędzy i finansowaniu terroryzmu.
5. Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.01.2014.

ZAŁĄCZNIK SWU VISP 1.0

TABELA NR 1 - OCENA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

Utrata części ciała (organu, kończyny lub jej części) oznacza w poniższym wykazie całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą utratę czynności, chyba że podano inaczej. W ocenie ograniczenia ruchomości lub niestabilności nie jest już uwzględniana rozpoznana atrofia mięśniowa.

Jeżeli przejaw czynnościowy trwałego następstwa poważnych urazów głowy został podany w tabeli, jest oceniany zgodnie z właściwą pozycją. Jeżeli nie jest podany w tabeli, oceniany jest według pozycji nr 61.

Głowa i narządy zmysłów		
Oko		
1	Utrata wzroku	według tabeli nr 2
2	Za utratę anatomiczną całego oka do utraty wzroku dolicza się	5 %
3	Zawężenie pola widzenia	0,5 % – 20 %
4	Utrata soczewki oka widzącego, z pełną kompensacją przez tolerowaną korekcję za pomocą okularów w wieku do 15 lat włącznie	15 %
5	Utrata soczewki oka widzącego, z pełną kompensacją przez tolerowaną korekcję za pomocą okularów w wieku powyżej 15 lat	12 %
6	Utrata soczewki oka widzącego z pełną kompensacją za pomocą soczewki kontaktowej	10 %
7	Utrata soczewki oka widzącego z pełną kompensacją przez sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową w wieku do 50 lat włącznie	8 %
8	Utrata soczewki oka widzącego z pełną kompensacją przez sztuczną soczewkę wewnątrzgałkową w wieku powyżej 50 lat	3 %
9	Utrata soczewki oka widzącego, kompensacja częściowa lub niemożliwa - ocena według osiągniętej ostrości wzroku	według tabeli nr 2
10	Traumatyczne zaburzenie akomodacji, nieuwarunkowane przez utratę soczewki w wieku do 15 lat włącznie	12 %
11	Traumatyczne zaburzenie akomodacji, nieuwarunkowane przez utratę soczewki w wieku od 15 do 45 lat włącznie	8 %
12	Traumatyczne zaburzenie akomodacji, nieuwarunkowane przez utratę soczewki w wieku od 45 do 60 lat włącznie	3 %
13	Traumatyczne zaburzenie akomodacji, nieuwarunkowane przez utratę soczewki w wieku powyżej 60 lat	0 %
14	Traumatyczne zaburzenie ustawienia oczu z podwójnym widzeniem w pionie	20 %
15	Traumatyczne zaburzenie ustawienia oczu z podwójnym widzeniem w poziomie	13 %
16	Traumatyczne zaburzenie ustawienia oczu z podwójnym widzeniem tylko pod pewnym kątem	7 %
17	Całkowite obustronne opadanie górnej powieki oka widzącego	40 %
18	Całkowite jednostronne opadanie górnej powieki oka widzącego	20 %
19	Pourazowa niedomykalność powiek	7 %
20	Deformacja powiek	6 %
21	Nieprawidłowe ustawienie rzęs oczu (trichiaza) powodujące komplikacje	5 %
22	Naruszona drożność kanalików łzowych w okolicy dolnej powieki lub niżej	5 %
23	Naruszona drożność kanalików łzowych w okolicy górnej powieki	2 %
24	Rozszerzenie i paraliż źrenicy widzącego oka	3 %
25	Deformacja oka (oprócz zaburzeń źrenicy)	5 %
26	Deformacja oczodołu	6 %
Ucho		
27	Głuchota obustronna	50 %
28	Głuchota jednostronna	20 %
29	Jednostronne niedosłyszenie – bardzo znacznego stopnia (strata 81 dB – 95 dB)	13,5 % – 20 %
30	Jednostronne niedosłyszenie – znacznego stopnia (strata 61 dB – 80 dB)	7,5 % – 13 %
31	Jednostronne niedosłyszenie – średniego stopnia (strata 41 dB – 60 dB)	3,5 % – 7 %
32	Jednostronne niedosłyszenie – miernego stopnia (strata 26 dB – 40 dB)	0,5 % – 3 %
33	Obustronne zaburzenie błędnika	30 %
34	Jednostronne zaburzenie błędnika	15 %
35	Utrata obu małżowin	15 %
36	Utrata jednej małżowiny	10 %

37	Poważna deformacja małżowiny	4 %
38	Lekka deformacja małżowiny	2 %
Nos		
39	Utrata nosa i zawężenie przewodów	30 %
40	Utrata nosa bez zawężenie przewodów	15 %
41	Utrata czubka nosa	8 %
42	Deformacja nosa	7 %
43	Perforacja przegrody nosowej	5 %
44	Utrata węchu i/lub smaku	do 10 %
Głowa		
45	Utrata włosów po oskalpowaniu na ponad 50 % powierzchni głowy	15,5 % – 30 %
46	Utrata włosów po oskalpowaniu do 50 % powierzchni głowy włącznie	do 15 %
47	Defekt kości sklepienia czaszki o zakresie powyżej 10 cm ²	15,5 % – 25 %
48	Defekt kości sklepienia czaszki o powierzchni 2 cm ² do 10 cm ² włącznie	5,5 % – 15 %
49	Defekt kości sklepienia czaszki o zakresie do 2 cm ² włącznie	do 5 %
50	Płynotok po urazie podstawy czaszki (liquorrhea)	10 %
51	Pourazowe zaburzenie mowy pochodzenia ośrodkowego – znacznego stopnia	25 %
52	Pourazowe zaburzenie mowy pochodzenia ośrodkowego – średniego stopnia	12 %
53	Pourazowe zaburzenie mowy pochodzenia ośrodkowego – miernego stopnia	6 %
54	Urazowe zaburzenie nerwu twarzowego znacznego stopnia – obustronne	50 %
55	Urazowe zaburzenie nerwu twarzowego znacznego stopnia – jednostronne	20 %
56	Urazowe zaburzenie nerwu twarzowego miernego stopnia – obustronne	10 %
57	Urazowe zaburzenie nerwu twarzowego miernego stopnia – jednostronne	5 %
58	Urazowe uszkodzenie nerwu trójdzielnego	3 %
59	Zespół psychoorganiczny	10 %
60	Zespół powstrząśnieniowy	3 %
61	Inne (nie uwzględnione w tabeli) zaburzenia neurologiczne mózgu po poważnych obrażeniach głowy	5 % – 50 %
Jama ustna i zęby		
62	Utrata języka	30 %
63	Stan po zranieniu języka z uszkodzeniem tkanki lub deformacjami bliznowatymi	7 %
64	Uszkodzenie twarzy z towarzyszącymi zaburzeniami czynnościowymi (zwężenie ust, ograniczenie ruchomości dolnej szczęki, defekty warg) i/lub zniekształcające blizny znacznego stopnia	20 %
65	Uszkodzenie twarzy z towarzyszącymi zaburzeniami czynnościowymi (zwężenie ust, ograniczenie ruchomości dolnej szczęki, defekty warg) i/lub zniekształcające blizny średniego stopnia	13 %
66	Uszkodzenie twarzy z towarzyszącymi zaburzeniami czynnościowymi (zwężenie ust, ograniczenie ruchomości dolnej szczęki, defekty warg) i/lub zniekształcające blizny miernego stopnia	7 %
67	Utrata jednego zęba z uzębienia stałego	0,5 %
68	Utrata każdego kolejnego zęba z uzębienia stałego	1 % (maks. 10 % za wszystkie zęby)
69	Utrata żywotności, ułamanie lub uszkodzenie jednego i/lub kilku zębów z uzębienia stałego	0 %
70	Utrata żywotności, ułamanie, uszkodzenie lub utrata protezy zębowej lub zęba z uzębienia mlecznego	0 %
Szyja		
71	Stała tracheostomia	50 %
72	Zwężenie krtani i/lub tchawicy – znacznego stopnia	50,5 % – 80 %
73	Zwężenie krtani i/lub tchawicy – średniego stopnia	30,5 % – 50 %
74	Zwężenie krtani i/lub tchawicy – lekkiego miernego stopnia	10 % – 30 %
75	Utrata głosu – afonia (z przyczyn innych niż zwężenie krtani i/lub tchawicy)	25 %
76	Uszkodzenie głosu – średniego stopnia (z przyczyn innych niż zwężenie krtani i/lub tchawicy)	12 %
77	Uszkodzenie głosu – miernego stopnia (z przyczyn innych niż zwężenie krtani i/lub tchawicy)	6 %
Klatka piersiowa, płuca, serce i przelyk		
78	Pourazowa niewydolność obu płuc – całkowita	100 %

79	Utrata jednego płuca	50 %
80	Ograniczenie ruchomości klatki piersiowej i/lub zrosty płuc wskutek zranienia płuc i/lub ściany klatki piersiowej znacznego stopnia	20 %
81	Ograniczenie ruchomości klatki piersiowej i/lub zrosty płuc wskutek zranienia płuc i/lub ściany klatki piersiowej średniego stopnia	10 %
82	Ograniczenie ruchomości klatki piersiowej i/lub zrosty płuc wskutek zranienia płuc i/lub ściany klatki piersiowej miernego stopnia	5 %
83	Inne (nie uwzględnione w tabeli) skutki zranienia płuc – obustronne	10 % – 80 %
84	Inne (nie uwzględnione w tabeli) skutki zranienia płuc – jednostronne	5 % – 40 %
85	Uszkodzenie wielkich naczyń w okolicy klatki piersiowej i/lub serca - znacznego stopnia	70,5 % – 100 %
86	Uszkodzenie wielkich naczyń w okolicy klatki piersiowej i/lub serca - średniego stopnia	40,5 % – 70 %
87	Uszkodzenie wielkich naczyń w okolicy klatki piersiowej i/lub serca - miernego stopnia	10 % – 40 %
88	Zwężenie przełyku – znacznego stopnia	60 %
89	Zwężenie przełyku – średniego stopnia	30 %
90	Zwężenie przełyku – miernego stopnia	5 %
91	Przetoka przełykowa	30 %
92	Utrata piersi do 45 roku życia włącznie	10 %
93	Utrata piersi powyżej 45 roku życia	5 %
Brzuch i narządy trawienne		
94	Uszkodzenie narządów trawiennych	20 % – 100 %
95	Utrata śledziony	20 %
96	Chroniczna przetoka kałowa	20 %
97	Zaburzenie czynności zwieraczy odbytu	10 % – 20 %
98	Uszkodzenie ściany brzucha (w tym przepuklina)	0 %
Narządy układu moczowego i rozrodczego		
99	Utrata obu nerek	100 %
100	Utrata jednej nerki	25 %
101	Uszkodzenie nerki i/lub pęcherza moczowego i/lub dróg moczowych – znacznego stopnia	25,5 % – 50 %
102	Uszkodzenie nerki i/lub pęcherza moczowego i/lub dróg moczowych – średniego stopnia	10,5 % – 25 %
103	Uszkodzenie nerki i/lub pęcherza moczowego i/lub dróg moczowych – miernego stopnia	5 % – 10 %
104	Przetoka pęcherza moczowego i/lub cewki moczowej	20 %
105	Utrata obu jąder do 45 roku życia włącznie	40 %
106	Utrata obu jąder powyżej 45 roku życia	30 %
107	Utrata jednego jądra	10 %
108	Utrata i/lub poważna deformacja penisa do 45 roku życia włącznie	50 %
109	Utrata i/lub poważna deformacja penisa powyżej 45 roku życia	40 %
110	Pourazowy wodniak	5 %
111	Utrata macicy do 45 roku życia włącznie	50 %
112	Utrata macicy powyżej 45 roku życia	10 %
113	Utrata obu jajników lub jednego z uszkodzeniem drugiego jajnika z innego powodu, do 45 roku życia włącznie	40 %
114	Utrata obu jajników lub jednego z uszkodzeniem drugiego jajnika z innego powodu, powyżej 45 roku życia	20 %
115	Utrata jednego jajnika	10 %
116	Pourazowa deformacja pochwy i zewnętrznych kobiecych narządów płciowych – znacznego stopnia	40 %
117	Pourazowa deformacja pochwy i zewnętrznych kobiecych narządów płciowych – średniego stopnia	20 %
118	Pourazowa deformacja pochwy i zewnętrznych kobiecych narządów płciowych – miernego stopnia	10 %
Kręgosłup, rdzeń i miednica		
119	Tetraplegia pourazowa	100 %
120	Tetrapareza pourazowa	50 %
121	Paraplegia pourazowa	100 %

122	Hemiplegia pourazowa	100 %	
123	Parapareza pourazowa	25 %	
124	Hemipareza pourazowa	25 %	
125	Monoplegia pourazowa	50 %	
126	Monopareza pourazowa	10 %	
127	Ograniczenie ruchomości kręgosłupa po złamaniach kręgów – znacznego stopnia	40 %	
128	Ograniczenie ruchomości kręgosłupa po złamaniach kręgów – średniego stopnia	20 %	
129	Ograniczenie ruchomości kręgosłupa po złamaniach kręgów – miernego stopnia	7 %	
130	Pourazowe uszkodzenie kręgosłupa z obiektywnym uszkodzeniem korzeni rdzeniowych – znacznego stopnia	15 %	
131	Pourazowe uszkodzenie kręgosłupa z obiektywnym uszkodzeniem korzeni rdzeniowych – średniego stopnia	10 %	
132	Pourazowe uszkodzenie kręgosłupa z obiektywnym uszkodzeniem korzeni rdzeniowych – miernego stopnia	7 %	
133	Inne (nie podane w innym miejscu tabeli) pourazowe uszkodzenie kręgosłupa – znacznego stopnia	5 %	
134	Inne (nie podane w innym miejscu tabeli) pourazowe uszkodzenie kręgosłupa – średniego stopnia	3 %	
135	Inne (nie podane w innym miejscu tabeli) pourazowe uszkodzenie kręgosłupa – miernego stopnia	1 %	
136	Uszkodzenie ciągłości obręczy biodrowej z zaburzeniem statyki kręgosłupa i czynności dolnych kończyn do 45 roku życia włącznie - znacznego stopnia	65 %	
137	Uszkodzenie ciągłości obręczy biodrowej z zaburzeniem statyki kręgosłupa i czynności dolnych kończyn do 45 roku życia włącznie - średniego stopnia	30 %	
138	Uszkodzenie ciągłości obręczy biodrowej z zaburzeniem statyki kręgosłupa i czynności dolnych kończyn do 45 roku życia włącznie - miernego stopnia	10 %	
139	Uszkodzenie ciągłości obręczy biodrowej z zaburzeniem statyki kręgosłupa i czynności dolnych kończyn powyżej 45 roku życia - znacznego stopnia	50 %	
140	Uszkodzenie ciągłości obręczy biodrowej z zaburzeniem statyki kręgosłupa i czynności dolnych kończyn powyżej 45 roku życia - średniego stopnia	25 %	
141	Uszkodzenie ciągłości obręczy biodrowej z zaburzeniem statyki kręgosłupa i czynności dolnych kończyn powyżej 45 roku życia - miernego stopnia	10 %	
Kończyna górna			
		Dominujące	Niedominujące
142	Anatomiczna utrata kończyny górnej w stawie barkowym lub między stawem barkowym i łokciowym, z kikutem nie nadającym się do założenia protezy	70 %	60 %
143	Anatomiczna utrata kończyny górnej w stawie barkowym lub między stawem barkowym i łokciowym, z kikutem nadającym się do założenia protezy	50 %	40 %
144	Całkowite zeszywnienie stawu barkowego	30 %	25 %
145	Ograniczenie pasywnej ruchomości stawu barkowego - znacznego stopnia	10,5 % – 18 %	8,5 % – 15 %
146	Ograniczenie pasywnej ruchomości stawu barkowego - średniego stopnia	5,5 % – 10 %	4,5 % – 8 %
147	Ograniczenie pasywnej ruchomości stawu barkowego- miernego stopnia	do 5 %	do 4 %
148	Nawykowe zwichnięcie barku	15 %	12 %
149	Endoproteza nasady barku	3 %	2 %
150	Nieodwracalne zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego i/lub barkowo-obojczykowego	6 %	5 %
151	Staw rzekomy kości ramiennej	40 %	30 %
152	Całkowite zeszywnienie stawu łokciowego	25 %	20 %
153	Ograniczenie ruchomości stawu łokciowego – znacznego stopnia	12,5 % – 18 %	10,5 % – 15 %
154	Ograniczenie ruchomości stawu łokciowego – średniego stopnia	8,5 % – 12 %	5,5 % – 10 %
155	Ograniczenie ruchomości stawu łokciowego – miernego stopnia	do 8 %	do 5 %
156	Luźny staw łokciowy	17 %	15 %
157	Anatomiczna utrata przedramienia z zachowaniem stawu łokciowego	50 %	40 %
158	Staw rzekomy obu kości przedramienia	40 %	30 %
159	Staw rzekomy kości promieniowej	30 %	25 %
160	Staw rzekomy kości łokciowej	20 %	15 %

161	Uszkodzenie stawów promieniowo-łokciowych – całkowite zeszywnienie	20 %	16 %
162	Uszkodzenie stawów promieniowo-łokciowych - ograniczona supinacja i pronacja przedramienia znacznego stopnia	15 %	12 %
163	Uszkodzenie stawów promieniowo-łokciowych - ograniczona supinacja i pronacja przedramienia średniego stopnia	12 %	9 %
164	Uszkodzenie stawów promieniowo-łokciowych - ograniczona supinacja i pronacja przedramienia miernego stopnia	10 %	7 %
165	Anatomiczna utrata ręki w nadgarstku	50 %	40 %
166	Anatomiczna utrata wszystkich palców ręki (w tym kości śródreżca)	48 %	38 %
167	Anatomiczna utrata palców ręki z wyjątkiem kciuka	45 %	35 %
168	Całkowite zeszywnienie nadgarstka	20 %	15 %
169	Ograniczenie ruchomości nadgarstka – znacznego stopnia	10,5 % – 15 %	5,5 % – 10 %
170	Ograniczenie ruchomości nadgarstka – średniego stopnia	5,5 % – 10 %	3,5 % – 5 %
171	Ograniczenie ruchomości nadgarstka – lekkiego stopnia	aż 5 %	aż 3 %
172	Staw rzekomy kości łódkowatej	15 %	12 %
173	Anatomiczna utrata kciuka ręki, w tym kości śródreżca	27 %	21 %
174	Anatomiczna utrata obu paliczków kciuka ręki	20 %	16 %
175	Anatomiczna utrata krańcowego paliczka kciuka ręki	12 %	7 %
176	Całkowite zeszywnienie wszystkich stawów kciuka	18 %	16 %
177	Całkowite zeszywnienie nadgarstkowo-śródręcznego stawu kciuka ręki	9 %	8 %
178	Całkowite zeszywnienie stawu podstawy kciuka ręki	9 %	7,5 %
179	Całkowite zeszywnienie stawu międzypaliczkowego kciuka ręki	8 %	7 %
180	Ograniczenie ruchomości stawu nadgarstkowo-śródręcznego kciuka ręki	6 %	5 %
181	Ograniczenie ruchomości stawu podstawy kciuka ręki	4 %	3 %
182	Ograniczenie ruchomości stawu międzypaliczkowego kciuka ręki	3 %	2 %
183	Anatomiczna utrata palca wskazującego	15 %	12 %
184	Anatomiczna utrata dwóch dystalnych paliczków palca wskazującego	8 %	6 %
185	Anatomiczna utrata paliczka krańcowego palca wskazującego	5 %	4 %
186	Całkowite zeszywnienie wszystkich trzech stawów palca wskazującego	12 %	10 %
187	Całkowite zeszywnienie stawu podstawy palca wskazującego	7 %	6 %
188	Całkowite zeszywnienie stawu międzypaliczkowego palca wskazującego	5 %	4 %
189	Całkowite zeszywnienie stawu dalszego palca wskazującego	1 %	0,5 %
190	Ograniczenie ruchomości stawu podstawy palca wskazującego	3 %	2 %
191	Ograniczenie ruchomości stawu międzypaliczkowego palca wskazującego	2 %	1 %
192	Ograniczenie ruchomości stawu dalszego palca wskazującego	1 %	0,5 %
193	Anatomiczna utrata wszystkich trzech paliczków III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	5 %	4 %
194	Anatomiczna utrata dwóch paliczków III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	4 %	3 %
195	Anatomiczna utrata jednego paliczka III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	3 %	2 %
196	Całkowite zeszywnienie III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	5 %	4 %
197	Całkowite zeszywnienie stawu podstawy III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	3 %	2,5 %
198	Całkowite zeszywnienie międzypaliczkowego stawu bliższego III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	2 %	1,5 %
199	Całkowite zeszywnienie międzypaliczkowego stawu dalszego III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	1 %	0,5 %
200	Ograniczenie ruchomości jednego ze stawów III., IV. lub V. palca ręki, za każdy palec	1 %	0,5 %
201	Trwałe pourazowe ograniczenie krwioobiegu lub systemu limfatycznego w kończynie górnej	do 5 %	do 4 %
202	Pourazowa atrofia mięśni kończyny górnej	2 %	1 %
203	Paraliż całego spłotu ramiennego (plexus brachialis)	70 %	50 %
204	Paraliż nerwu pachowego (n. axillaris)	30 %	25 %
205	Paraliż nerwu promieniowego (n. axillaris)	35 %	27 %
206	Paraliż nerwu mięśniowo-skórnego (n. musculocutaneus)	30 %	20 %
207	Paraliż nerwu łokciowego (n. ulnaris)	30 %	25 %
208	Paraliż nerwu pośrodkowego (n. medianus)	30 %	25 %

Kończyna dolna		
209	Anatomiczna utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym lub między stawem biodrowym i kolanowym, kikut nie nadaje się do założenia protezy	70 %
210	Anatomiczna utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym lub między stawem biodrowym i kolanowym, kikut nadaje się do założenia protezy	60 %
211	Całkowite zeszywnienie stawu biodrowego	30 %
212	Ograniczenie ruchomości stawu biodrowego – znacznego stopnia	20,5 % – 27 %
213	Ograniczenie ruchomości stawu biodrowego – średniego stopnia	13,5 % – 20 %
214	Ograniczenie ruchomości stawu biodrowego – miernego stopnia	do 13 %
215	Jałowa martwica głowy gości udowej	20 %
216	Endoproteza stawu biodrowego	5 %
217	Staw rzekomy kości udowej	30 %
218	Skrócona kończyna dolna o ponad 6 cm	25 %
219	Skrócona kończyna dolna o 4-6 cm łącznie	15 %
220	Skrócona kończyna dolna o 2-4 cm łącznie	5 %
221	Skrócona kończyna dolna do 2 cm	0 %
222	Deformacja kości udowej wskutek zrośnięcia złamania z odchyleniem osiowym lub rotacyjnym	5 %
	(odchylenie powyżej 45° ocenia się jako utratę kończyny; oceniając odchylenie osiowe nie można jednocześnie oceniać skrócenia kończyny)	(za każdych całych 5° odchylenia)
223	Całkowite zeszywnienie stawu kolanowego	25 %
224	Ograniczenie ruchomości stawu kolanowego – znacznego stopnia	18,5 % – 23 %
225	Ograniczenie ruchomości stawu kolanowego – średniego stopnia	10,5 % – 18 %
226	Ograniczenie ruchomości stawu kolanowego – miernego stopnia	do 10 %
227	Luźny staw kolanowy w wyniku zaburzenia czynności przedniego i tylnego więzadła krzyżowego	25 %
228	Luźny staw kolanowy w wyniku zaburzenia czynności więzadła pobocznego	5 %
229	Endoproteza stawu kolanowego	5 %
230	Anatomiczna utrata kończyny dolnej w goleniu z zeszywniałym kolanem, kikut nie nadaje się do założenia protezy	50 %
231	Anatomiczna utrata kończyny dolnej w goleniu z zeszywniałym kolanem, kikut nadaje się do założenia protezy	40 %
232	Anatomiczna utrata kończyny dolnej w goleniu z zachowanym kolanem, kikut nie nadaje się do założenia protezy	45 %
233	Anatomiczna utrata kończyny dolnej w goleniu z zachowanym kolanem, kikut nadaje się do założenia protezy	35 %
234	Staw rzekomy kości piszczelowej i/lub obu kości goleniowych	35 %
235	Staw rzekomy kości strzałkowej	5 %
236	Deformacja golenia wskutek zrośnięcia złamania z odchyleniem osiowym lub rotacyjnym	5 %
	(odchylenie powyżej 45° ocenia się jako utratę kończyny w goleniu; oceniając odchylenie osiowe nie można jednocześnie oceniać skrócenia kończyny)	(za każdych całych 5° odchylenia)
237	Anatomiczna utrata nogi w stawie skokowym	40 %
238	Anatomiczna utrata stopy w stawie Choparta	30 %
239	Anatomiczna utrata stopy w stawie Lisfranca	25 %
240	Deformacja w okolicy kostki i nogi	5 % – 25 %
241	Całkowite zeszywnienie stawu skokowego w nieodpowiednim położeniu (czubek stopy wygięty ku górze lub wygięty w dół pod kątem przekraczającym 20°)	30 %
242	Całkowite zeszywnienie stawu skokowego w odpowiednim położeniu	25 %
243	Ograniczenie ruchomości stawu skokowego – znacznego stopnia	20,5 % – 25 %
244	Ograniczenie ruchomości stawu skokowego – średniego stopnia	15,5 % – 20 %
245	Ograniczenie ruchomości stawu skokowego – miernego stopnia	do 15 %
246	Luźny staw skokowy	15 %
247	Ograniczenie pronacji	2 %
248	Ograniczenie supinacji	1 %
249	Anatomiczna utrata wszystkich palców u nogi	25 %
250	Anatomiczna utrata obu paliczków palucha nogi, w tym kości śródstopia	20 %

251	Anatomiczna utrata obu paliczków palucha	15 %
252	Anatomiczna utrata dalszego paliczka palucha nogi	3 %
253	Całkowite zeszywnienie wszystkich stawów palucha nogi	10 %
254	Ograniczenie ruchomości stawu podstawy palucha nogi	5 %
255	Ograniczenie ruchomości stawu międzypaliczkowego palucha nogi	2 %
256	Anatomiczna utrata II., III., IV. lub V. palca, za każdy palec	2 %
257	Trwałe pourazowe ograniczenie krwioobiegu lub systemu limfatycznego w kończynie dolnej	do 10 %
258	Paraliż nerwu kulszowego (n. ischiadicus)	50 %
259	Paraliż nerwu udowego (n. femoralis)	30 %
260	Paraliż nerwu piszczelowego (n. tibialis)	35 %
261	Paraliż nerwu łydkowego (n. fibularis)	30 %
262	Pourazowa atrofia mięśni kończyny dolnej	5 %
Deformacje bliznowate		
263	Rozległe powierzchniowe blizny po traumie pooparzeniowej od 1 % powierzchni ciała	0,5 % – 40 %
264	Blizny keloidowe i/lub hipertroficzne na twarzy	0,5 % – 5 %
265	Pozostałe blizny niewymienione w tabeli (np. blizny pozabiegowe, blizny o charakterze kosmetycznym, blizny pigmentacyjne, itp.)	0 %

TABELA NR 2 - OCENA OBNIŻENIA OSTROŚCI WIDZENIA (VISUS) Z TOLEROWANĄ KOREKCJĄ:

Visus	6/6 (1)	6/9 (0,66)	6/12 (0,5)	6/18 (0,33)	6/24 (0,25)	6/30 (0,2)	6/36 (0,16)	6/60 (0,1)	3/60 (0,05)	1/60 (0,016)	0
6/6 (1)	0 %	2 %	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	35 %	50 %
6/9 (0,66)	2 %	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	38 %	55 %
6/12 (0,5)	4 %	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	42 %	60 %
6/18 (0,33)	7 %	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	46 %	65 %
6/24 (0,25)	11 %	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	70 %
6/30 (0,2)	15 %	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	75 %
6/36 (0,16)	18 %	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	80 %
6/60 (0,1)	22 %	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	77 %	85 %
3/60 (0,05)	25 %	28 %	33 %	37 %	43 %	52 %	60 %	68 %	77 %	83 %	90 %
1/60 (0,016)	35 %	38 %	42 %	46 %	52 %	60 %	68 %	77 %	83 %	90 %	95 %
0	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %

TABELA NR 3 - OCENA USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

W przypadku niepełnego złamania (np. nadłamanie, pęknięcie, odłamanie krawędzi, wyrostków lub odłamków kości), złamania podokostnowego i/lub złamania kompresyjnego ubezpieczona osoba zyskuje prawo do świadczenia ubezpieczeniowego odpowiadającego połowie oceny całkowitego złamania, jeżeli nie wskazano inaczej.

I. Głowa i narządy zmysłów		
001	Złamanie kości podstawy czaszki - wieloodłamowe i/lub otwarte	30 %
002	Złamanie kości podstawy czaszki	15 %
003	Złamanie kości sklepienia czaszki z wgłobieniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	25 %
004	Złamanie kości sklepienia czaszki	12 %

005	Złamanie górnej szczęki z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	15 %
006	Złamanie górnej szczęki	7 %
007	Złamanie dolnej szczęki z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	10 %
008	Złamanie dolnej szczęki	4 %
009	Złamanie kostek nosowych z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	5 %
010	Złamanie kostek nosowych	1,5 %
011	Złamania innych kości czaszki i/lub twarzy, wieloodłamowe i/lub otwarte	5 %
012	Złamanie innych kości czaszki i/lub twarzy	2 %
013	Zwichnięcie szczęki obustronne i/lub jednostronne	5 %
014	Przemieszczenie chrząstki przegrody nosowej	1,5 %
015	Krwawienie podpajęczynówkowe i/lub inne wewnątrzczaszkowe obrażenia	30 %
016	Krwawienie podtwardówkowe	25 %
017	Krwawienie nadtwardówkowe	20 %
018	Stłuczenie mózgu	20 %
019	Obrzęk mózgu	10 %
020	Wstrząśnienie mózgu wymagające hospitalizacji trwającej ponad 4 dni	5 %
021	Wstrząśnienie mózgu wymagające hospitalizacji trwającej do 4 dni	3 %
022	Wyrwanie i/lub pęknięcie gałki ocznej	20 %
023	Rany gałki ocznej z ciałem obcym i odwarstwieniem siatkówki	15 %
024	Rany gałki ocznej z ciałem obcym i uszkodzeniem soczewki	12 %
025	Rany gałki ocznej z ciałem obcym i uszkodzeniem ciała rzęskowego i/lub tęczówki	11 %
026	Rany gałki ocznej z ciałem obcym i uszkodzeniem rogówki	10 %
027	Rany gałki ocznej z ciałem obcym i uszkodzeniem twardówki	9 %
028	Rany oczodołu z ciałem obcym	7 %
029	Rany i/lub stłuczenie gałki ocznej bez ciała obcego, z odwarstwieniem siatkówki	12 %
030	Rany i/lub stłuczenie gałki ocznej bez ciała obcego, z uszkodzeniem soczewki	10 %
031	Rany i/lub stłuczenie gałki ocznej bez ciała obcego, z uszkodzeniem ciała rzęskowego i/lub tęczówki	7 %
032	Rany i/lub stłuczenie gałki ocznej bez ciała obcego, z uszkodzeniem rogówki	5 %
033	Rany i/lub stłuczenie gałki ocznej bez ciała obcego, z uszkodzeniem twardówki	4 %
034	Rany i/lub stłuczenie oczodołu bez ciała obcego	5 %
035	Stłuczenie gałki ocznej z krwawieniem w przedniej komorze i/lub ciała szklistego	5 %
036	Rany spojówki	3 %
037	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie rogówki 3-go i/lub wyższego stopnia	7 %
038	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie obu powiek 3-go i/lub wyższego stopnia	4 %
039	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie rogówki i/lub spojówki 1-go i/lub 2-go stopnia	3,5 %
040	Oderwanie części owłosionej na długości przekraczającej połowę jej obwodu	4 %
041	Perforacja bębienka ucha	3 %
042	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; stłuczenie mięśnia, ścięgna, naczyń i/lub nerwu	0,5 % - 4 %
II. Szyja		
043	Złamanie 1-go i/lub 2-go kręgu szyjnego, wieloodłamowe i/lub otwarte	45 %
044	Złamanie 1-go i/lub 2-go kręgu szyjnego z przemieszczeniem i/lub kompresyjne	25 %
045	Złamanie 1-go i/lub 2-go kręgu szyjnego	15 %
046	Złamanie 3-go - 7-go kręgu szyjnego, wieloodłamowe i/lub otwarte	15 % za każdy
047	Złamanie 3-go - 7-go kręgu szyjnego, z przemieszczeniem i/lub kompresyjne	8 % za każdy
048	Złamanie 3-go - 7-go kręgu szyjnego	5 % za każdy, jednak nie więcej niż 15 %
049	Złamanie wyrostka poprzecznego i/lub kolczystego kręgu szyjnego	0,5 % za każdy
050	Złamanie innych części szyi	10 %
051	Zwichnięcie kręgu szyjnego	25 %

052	Zwichnięcie innych części szyi	5 %
053	Pęknięcie dysku międzykręgowego szyjnego	10 %
054	Blokada szyjnego odcinka kręgosłupa	3 %
055	Otwarte rany krtani i/lub tchawicy	23 %
056	Otwarte rany tarczycy i/lub gardła i/lub szyjnej części przełyku	15 %
057	Rany tętnicy szyjnej i/lub kręgosłupowej	16 %
058	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; stłuczenie mięśnia, ścięgna, naczyń, strun głosowych, rdzenia kręgowego, krtani i/lub gardła	0,5 % - 4 %
III. Klatka piersiowa		
059	Złamanie kręgu piersiowego - wieloodłamowe i/lub otwarte	15 % za każdy, jednak nie więcej niż 45 %
060	Złamanie kręgu piersiowego z przemieszczeniem i/lub kompresyjne	8 % za każdy, jednak nie więcej niż 24 %
061	Złamanie kręgu piersiowego	5 % za każdy, jednak nie więcej niż 15 %
062	Złamanie wyrostka poprzecznego i/lub kolczystego kręgu piersiowego	0,5 % za każdy
063	Złamanie mostka z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	12 %
064	Złamanie mostka	4 %
065	Złamanie żebra	1 % za każde
066	Zwichnięcie kręgu piersiowego	15 %
067	Zwichnięcie innych części klatki piersiowej	2 %
068	Pęknięcie dysku międzykręgowego piersiowego	10 %
069	Blokada kręgosłupa w odcinku piersiowym	1 %
070	Obrażenia serca z krwiakiem osierdzia, z otwartą raną jamy piersiowej	50 %
071	Obrażenia serca z krwiakiem osierdzia, bez otwartej rany jamy piersiowej	30 %
072	Obrażenia serca z otwartą raną jamy piersiowej	25 %
073	Obrażenia serca bez otwartej rany jamy piersiowej	20 %
074	Obrażenia płuc z otwartą raną jamy piersiowej	25 %
075	Obrażenia płuc bez otwartej rany jamy piersiowej	15 %
076	Odma opłucnej z otwartą raną jamy piersiowej	10 %
077	Odma opłucnej bez otwartej rany jamy piersiowej	5 %
078	Rany przepony i/lub grasicy i/lub układu limfatycznego z otwartą raną jamy piersiowej	17 %
079	Rany przepony i/lub grasicy i/lub układu limfatycznego bez otwartej rany jamy piersiowej	10 %
080	Krwawienie w klatce piersiowej z otwartą raną jamy piersiowej	15 %
081	Krwawienie w klatce piersiowej bez otwartej rany jamy piersiowej	7 %
082	Rany opłucnej	3 %
083	Rany aorty piersiowej i/lub żyły głównej górnej	23 %
084	Rany naczyń podobojczykowych i/lub płucnych	17 %
085	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; stłuczenie mięśnia, ścięgna, naczyń, rdzenia i/lub piersi	0,5 % - 4 %
IV. Brzuch, narządy układu moczowego i rozrodczego		
086	Rany śledziony i/lub wątroby i/lub woreczka żółciowego i/lub śluzówki brzucha i/lub nerek z otwartymi ranami jamy brzusznej	25 %
087	Rany śledziony i/lub wątroby i/lub woreczka żółciowego i/lub śluzówki brzucha i/lub nerek bez otwartych ran jamy brzusznej	10 %
088	Rany jelita grubego wymagające zabiegu operacyjnego z resekcją	22 %
089	Rany jelita grubego wymagające zabiegu operacyjnego bez resekcji	16 %
090	Rany jelita cienkiego wymagające zabiegu operacyjnego z resekcją	20 %
091	Rany jelita cienkiego wymagające zabiegu operacyjnego bez resekcji	13 %
092	Perforacja dwunastnicy	20 %
093	Perforacja żołądka	17 %
094	Perforacja macicy	25 %
095	Perforacja moczowodu i/lub pęcherza moczowego i/lub cewki moczowej	20 %
096	Rany innych narządów wewnątrzbrzusznych i miednicowych z otwartymi ranami jamy brzusznej	8 %

097	Rany aorty brzusznej i/lub żyły głównej dolnej	20 %
098	Rany innych głównych grup naczyń wewnątrzbrzusznych	10 %
099	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; stłuczenie mięśnia, ścięgna, naczyń, narządu układu moczowego i/lub rozrodczego	0,5 % - 4 %
V. Odcinek biodrowy kręgosłupa i miednica		
100	Złamanie kręgu biodrowego - wieloodłamowe i/lub otwarte	15 % za każdy, jednak nie więcej niż 45 %
101	Złamanie kręgu biodrowego z przemieszczeniem i/lub kompresyjne	8 % za każdy, jednak nie więcej niż 24 %
102	Złamanie kręgu biodrowego	5 % za każdy, jednak nie więcej niż 15 %
103	Złamanie wyrostka poprzecznego i/lub kolczystego kręgu biodrowego	0,5 % za każdy
104	Złamanie kości krzyżowej	15 %
105	Złamanie kości guzicznej	5 %
106	Złamanie panewki stawowej stawu biodrowego - wieloodłamowe i/lub otwarte	25 %
107	Złamanie panewki stawowej stawu biodrowego	15 %
108	Złamanie kości biodrowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	20 %
109	Złamanie kości biodrowej	10 %
110	Złamanie kości łonowej i/lub kości kulszowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	11 %
111	Złamanie kości łonowej i/lub kości kulszowej	5 %
112	Zwichnięcie kręgu biodrowego	15 %
113	Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	12 %
114	Zwichnięcie innej części biodrowego odcinka kręgosłupa i/lub miednicy	4 %
115	Pęknięcie dysku międzykręgowego biodrowego	10 %
116	Pęknięcie spojenia łonowego	8 %
117	Blokada kręgosłupa w odcinku biodrowym	3 %
118	Blokada stawu krzyżowo-biodrowego	1 %
119	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; stłuczenie mięśnia, naczyń, ścięgna, nerwu i/lub rdzenia	0,5 % - 4 %
VI Kończyna górna		
120	Złamanie obojczyka wewnątrzstawowe	15 %
121	Złamanie obojczyka z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	10 %
122	Złamanie obojczyka	4 %
123	Złamanie łopatki z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	10 %
124	Złamanie łopatki	5 %
125	Złamanie górnego końca kości ramiennej, wewnątrzstawowe	23 %
126	Złamanie górnego końca kości ramiennej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	16 %
127	Złamanie górnego końca kości ramiennej	5 %
128	Złamanie środkowej części kości ramiennej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	17 %
129	Złamanie środkowej części kości ramiennej	5 %
130	Złamanie dolnego końca kości ramiennej, wewnątrzstawowe	23 %
131	Złamanie dolnego końca kości ramiennej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	16 %
132	Złamanie dolnego końca kości ramiennej	8 %
133	Złamanie górnego końca kości łokciowej i/lub promieniowej, wewnątrzstawowe	15 %
134	Złamanie górnego końca kości łokciowej i/lub promieniowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	11 %
135	Złamanie górnego końca kości łokciowej i/lub promieniowej	5 %
136	Złamanie środkowej części kości łokciowej i/lub promieniowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	10 %
137	Złamanie środkowego końca kości łokciowej i/lub promieniowej	5 %
138	Złamanie dolnego końca kości łokciowej i/lub promieniowej, wewnątrzstawowe	15 %

139	Złamanie dolnego końca kości łokciowej i/lub promieniowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	11 %
140	Złamanie dolnego końca kości łokciowej i/lub promieniowej	5 %
141	Złamanie łódeczkowata z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	8 %
142	Złamanie kości łódeczkowatej	5 %
143	Złamanie kości nadgarstka z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	5 % za każdą
144	Złamanie innej kości nadgarstka	1,5 % za każdą
145	Złamanie 1-szej kości śródreżcza, wewnątrzstawowe	11 %
146	Złamanie 1-szej kości śródreżcza z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	8 %
147	Złamanie 1-szej kości śródreżcza	3 %
148	Złamanie 2-giej - 5-tej kości śródreżcza, wewnątrzstawowe	3 % za każdą
149	Złamanie 2-giej - 5-piętej kości śródreżcza z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	2 % za każdą
150	Złamanie 2-giej - 5-tej kości śródreżcza	1 % za każdą
151	Złamanie palca wewnątrzstawowe	8 %
152	Złamanie kciuka z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	6 %
153	Złamanie kciuka	4 %
154	Złamanie 2-giego - 5-tego palca, wewnątrzstawowe	3 % za każdy
155	Złamanie 2-giego - 5-piętego palca z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	2 % za każdy
156	Złamanie 2-giego - 5-tego palca	1 % za każdy
157	Zwichnięcie kości łokciowej i/lub promieniowej	10 %
158	Zwichnięcie stawu barkowego	7 %
159	Zwichnięcie obojczyka	5 %
160	Zwichnięcie nadgarstka	4 %
161	Zwichnięcie jednego stawu palca	2 % za każdy
162	Całkowite zerwanie mięśnia i/lub ścięgna i/lub więzadła na poziomie przedramienia, nadgarstka i/lub ręki	4 %
163	Całkowite zerwanie mięśnia i/lub ścięgna i/lub więzadła na poziomie barku i/lub dłoni	3 %
164	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; dystorsja; utrat całej płytki paznokcia; stłuczenie mięśnia, ścięgna, naczyń i/lub nerwu	0,5 % - 4 %
VII. Kończyna dolna		
165	Złamanie górnego końca kości udowej, wewnątrzstawowe	37 %
166	Złamanie górnego końca kości udowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	25 %
167	Złamanie górnego końca kości udowej	10 %
168	Złamanie środkowej części kości udowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	15 %
169	Złamanie środkowej części kości udowej	8 %
170	Złamanie dolnego końca kości udowej, wewnątrzstawowe	35 %
171	Złamanie dolnego końca kości udowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	25 %
172	Złamanie dolnego końca kości udowej	10 %
173	Złamanie rzepki z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	15 %
174	Złamanie rzepki	5 %
175	Złamanie górnego końca kości piszczelowej, wewnątrzstawowe	23 %
176	Złamanie górnego końca kości piszczelowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	15 %
177	Złamanie górnego końca kości piszczelowej	7 %
178	Złamanie środkowej części kości piszczelowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	15 %
179	Złamanie środkowej części kości piszczelowej	5 %
180	Złamanie dolnego końca kości piszczelowej, wewnątrzstawowe	23 %
181	Złamanie dolnego końca kości piszczelowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	15 %
182	Złamanie dolnego końca kości piszczelowej	7 %
183	Złamanie kości strzałkowej, wewnątrzstawowe	15 %
184	Złamanie kości strzałkowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	10 %

185	Złamanie kości strzałkowej	4 %
186	Złamanie kostki typu Webera C	23 %
187	Złamanie kostki typu Webera A lub B z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	18 %
188	Złamanie kostki typu Webera A lub B	12 %
189	Złamanie kości piętowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	18 %
190	Złamanie kości piętowej	8 %
191	Złamanie kości skokowej z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	18 %
192	Złamanie kości skokowej	7 %
193	Złamanie innej kości stępu z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	5 % za każdą
194	Złamanie innej kości stępu	3 % za każdą
195	Złamanie kości śródstopia wewnątrzstawowe	6 % za każdą
196	Złamanie kości śródstopia z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	4 % za każdą
197	Złamanie kości śródstopia	2 % za każdą
198	Złamanie palucha wewnątrzstawowe	9 %
199	Złamanie palucha z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	8 %
200	Złamanie palucha bez przemieszczenia	3 %
201	Złamanie 2-giego - 5-tego palca, wewnątrzstawowe	2 % za każdy
202	Złamanie 2-giego - 5-piętego palca z przemieszczeniem i/lub wieloodłamowe i/lub otwarte	1,5 % za każdy
203	Złamanie 2-giego - 5-tego palca	0,5 % za każdy
204	Zwichnięcie stawu biodrowego	10 %
205	Zwichnięcie stawu kolanowego	15 %
206	Zwichnięcie rzepki	5 %
207	Zwichnięcie stawu skokowego i/lub stawu Choparta i/lub Lisfranca	10 %
208	Zwichnięcie jednego stawu palcowego	2,5 % za każdy
209	Całkowite zerwanie ścięgna Achillesa	6 %
210	Całkowite zerwanie wszystkich mięśni i/lub ścięgien mięśnia czterogłowego	5 %
211	Całkowite zerwanie mięśnia i/lub ścięgna i/lub więzadła kończyny dolnej	4 %
212	Rana przenikająca do tkanki podskórnej; pęknięcie łąkotki; dystorsja; utrat całej płytki paznokcia palucha; stłuczenie mięśnia, ścięgna, naczyń i/lub nerwu	0,5 % - 4 %
VIII Inne uszkodzenia ciała		
213	Ciało obce w dolnych drogach oddechowych, usunięte operacyjnie	8 %
214	Ciało obce w dolnych drogach oddechowych, usunięte endoskopowo	3 %
215	Ciało obce w układzie trawiennym, usunięte operacyjnie	5 %
216	Ciało obce w układzie trawiennym, usunięte endoskopowo	0,5 %
217	Ciało obce w układzie moczowym i/lub rozrodczym, usunięte operacyjnie	4 %
218	Ciało obce w układzie moczowym i/lub rozrodczym, usunięte endoskopowo	1 %
219	Toksyczne skutki kontaktu z gatunkami trującymi	2 %
220	Zatrucie trującymi grzybami i/lub owocami i/lub gazami i/lub oparami i/lub substancjami chemicznymi, wymagające hospitalizacji trwającej ponad 2 dni	0,5 % - 4 %
221	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie krtani, tchawicy i płuc 3-go i/lub wyższego stopnia	80 %
222	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie krtani i tchawicy 3-go i/lub wyższego stopnia	40 %
223	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie innej części układu oddechowego 3-go i/lub wyższego stopnia	10 %
224	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie krtani, tchawicy i płuc 1-go i/lub 2-go stopnia	25 %
225	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie krtani i tchawicy 1-go i/lub 2-go stopnia	15 %
226	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie innej części układu oddechowego 1-go i/lub 2-go stopnia	5 %
227	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie ust, gardła i przełyku 3-go i/lub wyższego stopnia	40 %

228	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie ust i gardła 3-go i/lub wyższego stopnia	20 %	
229	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie ust, gardła i przełyku 1-go i/lub 2-go stopnia	15 %	
230	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie ust i gardła 1-go i/lub 2-go stopnia	8 %	
231	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie narządu układu moczowego i/lub rozrodczego 3-go i/lub wyższego stopnia	30 %	
232	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie narządu układu moczowego i/lub rozrodczego 1-go i/lub 2-go stopnia	15 %	
233	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie innego narządu wewnętrznego 3-go i/lub wyższego stopnia	6 %	
234	Oparzenie i/lub poddanie działaniu substancji żrącej i/lub odmrożenie innego narządu wewnętrznego 1-go i/lub 2-go stopnia	3 %	
IX. Poparzenia, działanie substancji żrących i/lub odmrożenie powierzchni ciała			
Całkowita ocena poparzeń, działania substancji żrących i/lub odmrożeń określana jest jako suma oceny według całkowitego zakresu poparzeń, działania substancji żrących i/lub odmrożenia oraz dodatkowej oceny według zakresu poparzeń, działania substancji żrących i/lub odmrożeń trzeciego i/lub wyższego stopnia.			
235	do 0,25 % powierzchni ciała	0 %	2,5 %
236	od 0,25 % włącznie do 1 % powierzchni ciała	2 %	8 %
237	od 1 % włącznie do 5 % powierzchni ciała	3 %	17 %
238	od 5 % włącznie do 10 % powierzchni ciała	6 %	19 %
239	od 10 % włącznie do 20 % powierzchni ciała	12 %	25 %
240	od 20 % włącznie do 30 % powierzchni ciała	25 %	28 %
241	od 30 % włącznie do 40 % powierzchni ciała	35 %	35 %
242	od 40 % włącznie do 50 % powierzchni ciała	45 %	55 %
243	od 50 % włącznie do 60 % powierzchni ciała	55 %	55 %
244	od 60 % włącznie do 70 % powierzchni ciała	65 %	55 %
245	od 70 % powierzchni ciała włącznie	75 %	55 %