



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Kod dokumentu: 706_0517

Warunki ubezpieczenia

następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl

Spis treści

1) Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl	1
2) Zakres świadczeń assistance dostępnych po pobycie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą	7
3) Tabela świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku	9

Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl

INDEKS NNWS/17/04/01

Formularz do WU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 2; § 3; § 14 ust. 1 pkt 1) i 2);
§ 14 ust. 2 pkt 1); § 14 ust. 3 pkt 1);
§ 14 ust. 4 pkt 1); § 14 ust. 5 pkt 1);
§ 14 ust. 6 pkt 1), 2) i 3); § 14 ust. 7 pkt 1) i 2);
§ 14 ust. 8 pkt 1)

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

§ 9; § 13 ust. 3; § 14 ust. 2 pkt 2);
§ 14 ust. 4 pkt 2) i 3); § 14 ust. 6 pkt 5) i 6);

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl, zwane dalej „WU”, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy AXA Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., zwanym dalej „Towarzystwem”, a Ubezpieczającymi.

Definicje

§ 2

Pojęcia użyte w niniejszych WU, wniosku, polisie oraz dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- bójka** – starcie dwóch albo więcej osób wzajemnie zadających sobie rany, z których każda występuje w podwójnym charakterze (jako napadnięty i napastnik);
- Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych WU, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;

- choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- koszty leczenia** – poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niezbędne z medycznego punktu widzenia i udokumentowane koszty z tytułu pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji medycznych, związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku;
- nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio rodzica Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle;
- obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego, powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- osoba uprawniona** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym Uposażony;
- placówka oświatowo-wychowawcza** – placówka umożliwiająca uzyskanie i uzupełnienie wiedzy ogólnej i kwalifikacji zawodowych, zdobywanie

- umiejętności, kształtowanie i rozwijanie zainteresowań i uzdolnień, a także korzystanie z różnych form wypoczynku; za placówkę oświatowo-wychowawczą nie uznaje się klubu sportowego;
- 9) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu na terenie całego świata, trwający co najmniej:
- 1 dzień – w przypadku leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - nieprzerwanie 4 dni – w przypadku leczenia choroby;
- w rozumieniu niniejszych WU okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w momencie przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, a kończy w momencie wypisania Ubezpieczonego ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 10) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 11) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób:
- nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę rozpoznania choroby; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: nowotwory *in situ*, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa oraz chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania,
 - niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek, charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek,
 - niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby, liczony od dnia jej zdiagnozowania,
 - cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny bądź też obu tych zaburzeń,
 - dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a; rozpoznanie dystrofii mięśniowej wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną,
 - guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki,
 - śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniary w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych; stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwale ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą końcową ocenę stanu neurologicznego,
 - sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych WU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie sepsy winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie,
 - inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; zakresem ubezpieczenia objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa lub ciężkie przypadki zakażeń inwazyjnych pozostawiające trwale następstwa pod postacią utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie,
 - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10;
- 12) **rodzic Ubezpieczonego** – matka lub ojciec w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
- żoną ojca lub wdową po ojcu, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - mężem matki lub wdowcem po matce, o ile po śmierci matki nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 13) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: użycia broni białej lub palnej (z wyłączeniem szermierki), użycia pojazdów silnikowych, schodzenia pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywania w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
- 14) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, dla którego ta kwota została ustalona;
- 15) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie oraz wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności: od alkoholu, narkotyków, leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego ani placówki rehabilitacyjnej, w tym szpitala rehabilitacji, oddziału rehabilitacji i ośrodka rehabilitacji;
- 16) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, wskazanego jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub protokole badania sekcijnego;
- 17) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
- 18) **środki pomocnicze** – elementy wspomagające proces leczniczy: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, temblaki, aparaty ortopedyczne oraz wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze nie uznaje się protezy zębowej;
- 19) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub osoba nieposiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, będąca:
- wychowankiem, uczniem, studentem, doktorantem lub słuchaczem placówki oświatowo-wychowawczej,
 - pracownikiem placówki oświatowo-wychowawczej w rozumieniu kodeksu pracy, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, lub osobą, z którą Ubezpieczający zawarł umowę zlecenia lub umowę o dzieło,
- która nie ukończyła 65. roku życia;
- 21) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 22) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku;
- 23) **wycynowane uprawianie sportu** – forma działalności Ubezpieczonego podejmowana dobrowolnie w drodze rywalizacji dla uzyskania maksymalnych wyników sportowych podczas zajęć szkolnych, pozaszkolnych, jak również w życiu prywatnym; ochrona ubezpieczeniowa obejmuje jedynie dzieci i młodzież, którzy nie ukończyli 20. roku życia; studenci oraz pracownicy placówek oświatowo-wychowawczych nie są objęci ochroną; z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są sporty wysokiego ryzyka;
- 24) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
- kierowca bądź pasażer quada, wyłącznie na drodze publicznej lub jako kierowca bądź pasażer: samochodu, motoroweru, skutera, autobusu, pojazdu szynowego, rowerzysta lub pieszy w rozumieniu prawa o ruchu drogowym,
 - pasażer statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego statku powietrznego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. W zależności od zakresu ubezpieczenia określonego w polisie, przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków doznane przez Ubezpieczonego lub rodzica Ubezpieczonego, a także zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną wystąpieniem zawału serca lub udaru mózgu w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego spowodowaną wypadkiem komunikacyjnym zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, określone w tabeli świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała;
 - 5) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w celu leczenia obrażeń ciała, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) zwrot kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych,
 - 7) wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, o którym mowa w § 2 pkt 11), którego pierwsze rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 8) śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 9) zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji poniesionych w celu leczenia obrażeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Po opłaceniu dodatkowej składki zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u Ubezpieczonego w okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz o świadczenia polegające na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w załączniku nr 1 do WU.
4. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na całym świecie w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową również następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych na skutek wyczynowego uprawiania sportu. Powyższe nie dotyczy ubezpieczenia oferowanego studentom oraz pracownikom placówek oświatowo-wychowawczych.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w formie indywidualnej (imiennej) lub w przypadku placówek oświatowo-wychowawczych w formie grupowej (beziemiennej lub imiennej).
2. Umowa ubezpieczenia w formie grupowej beziemiennej może zostać zawarta tylko w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich osób należących do placówki oświatowo-wychowawczej, będącej Ubezpieczającym.
3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia jest zawarta w formie indywidualnej, Ubezpieczającym powinien być rodzic Ubezpieczonego lub Ubezpieczony.
4. Treść umowy ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących dokumentach: wniosku ubezpieczeniowym, WU, polisie lub każdym innym dokumencie złożonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego, zaakceptowanym przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.
5. Wniosek o ubezpieczenie w formie indywidualnej (imiennej) powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego – imię, nazwisko, datę urodzenia lub numer PESEL, adres zamieszkania;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia.
6. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej (beziemiennej) powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego – nazwa, adres, NIP;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia;
 - 4) liczbę zgłaszanych do ubezpieczenia osób.
7. Wniosek o ubezpieczenie w formie grupowej (imiennej) powinien zawierać:
 - 1) dane Ubezpieczającego – nazwa, adres, NIP;
 - 2) okres trwania umowy ubezpieczenia;
 - 3) zakres i sumy ubezpieczenia;
 - 4) listę imienną zgłaszanych do ubezpieczenia osób, zawierającą: imię i nazwisko, PESEL lub datę urodzenia w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest obcokrajowiec.
8. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na warunkach określonych w WU, w zależności od wariantu – w formie indywidualnej (imiennej) lub grupowej (beziemiennej lub imiennej).
9. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej imiennej rodzic lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego zobowiązany jest do

udostępnienia danych Ubezpieczonego wskazanych w § 4 ust. 7 pkt 4) i wyraża zgodę na udostępnianie tych danych Towarzystwu, w celu potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej oraz obsługi umowy ubezpieczenia.

10. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w polisie.
11. Ubezpieczony może w tym samym czasie zostać objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie tych samych WU.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia w formie grupowej (beziemiennej lub imiennej) rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie, pod warunkiem opłacenia składki w pełnej wysokości przed upływem 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa, dla formy indywidualnej (imiennej) w przypadku nowo zawieranych umów ubezpieczenia, rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa dla formy indywidualnej (imiennej), w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres, rozpoczyna się od dnia następnego po opłaceniu składki, nie wcześniej jednak niż po wygaśnięciu dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Za termin opłacenia składki uznaje się datę złożenia dyspozycji przelewu w banku, pod warunkiem że na rachunku bankowym znajdują się wystarczające środki do pokrycia składki.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia objęcie ochroną ubezpieczeniową kolejnych Ubezpieczonych, w trakcie okresu ubezpieczenia, następuje na pisemny wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa.
6. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) **w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:**
 - a) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, poprzez złożenie stosownego oświadczenia w formie pisemnej;
 - 2) **w stosunku do danego Ubezpieczonego:**
 - a) w razie złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 12 ust. 2 WU – z upływem ostatniego dnia miesiąca polisowego, w którym nastąpiło wystąpienie;
 - b) z tytułu wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia – w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - c) z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota wraz z sumą świadczeń wypłaconych z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego łącznie odpowiada 100% uszczerbku na zdrowiu lub uszkodzenia ciała,
 - d) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku – w dniu wypłaty świadczenia, którego wysokość odpowiada 180 dniom pobytu w szpitalu,
 - e) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – w dniu wypłaty świadczenia, którego wysokość odpowiada 30 dniom pobytu w szpitalu w następstwie choroby,
 - f) z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku i z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie choroby – w dniu, w którym łączna suma wypłaty świadczenia z obu tych tytułów odpowiada 180 dniom pobytu w szpitalu,
 - g) z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia z tego tytułu,
 - h) z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia z tego tytułu,
 - i) z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego – w dniu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci drugiego rodzica Ubezpieczonego,
 - j) z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji – w dniu wypłaty świadczenia, którego kwota odpowiada sumie ubezpieczenia z tego tytułu.

Składka

§ 6

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w polisie i na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.
2. Wysokość składki za jednego Ubezpieczonego określona jest w polisie, ustalana jest według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i uzależniona jest od wysokości sum ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia, rodzaju placówki oświatowo-wychowawczej i liczby Ubezpieczonych.
3. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.

Podstawowe obowiązki stron umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu prawdziwych i pełnych danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do potwierdzania spełniania warunków przystąpienia do ubezpieczenia oraz potwierdzania daty przystąpienia do ubezpieczenia osób zgłaszających roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w formie grupowej (beziemnej).
4. Do obowiązków Towarzystwa należy również:
 - 1) doręczenie Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku WU przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 2) doręczenie Ubezpieczającemu polisy lub dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 3) prawidłowe i terminowe wykonywanie zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.
5. Obowiązki określone w postanowieniach niniejszego paragrafu nie wyczerpują obowiązków stron umowy ubezpieczenia, które zostały określone w pozostałych postanowieniach umowy ubezpieczenia.

Obowiązki Ubezpieczającego

§ 8

W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, o ile konieczna jest zgoda Ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu ochrony ubezpieczeniowej, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku warunki ubezpieczenia wraz z załącznikami.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy ubezpieczenia, jest następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w bójce lub aktach terroryzmu, chyba że jego udział w bójce wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza;
 - 3) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) pełnienia przez Ubezpieczonego zasadniczej służby wojskowej;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego, chyba że powyższe nie miało wpływu na zaistnienie zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
2. W przypadku śmierci rodzica Ubezpieczonego postanowienia ust. 1 niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio do rodzica Ubezpieczonego.
3. W przypadku pobytu w szpitalu świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) poród siłami natury, niezwiązany z patologią ciąży lub położniczymi powikłaniami okołoporodowymi;
 - 2) poddanie Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, lub była skutkiem poważnego zachorowania wskazanego w § 2 pkt 11);
 - 3) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała Ubezpieczonego;
 - 4) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego;

6) leczenie wad wrodzonych Ubezpieczonego.

4. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie umowy

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka łączna, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy.
2. Składka łączna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej nie podlega zwrotowi.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia oraz wystąpienie z umowy ubezpieczenia

§ 12

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając stosowane oświadczenie w formie pisemnej, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisy. Przez miesiąc polisy rozumie się miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonej w polisie, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie wystąpić z umowy ubezpieczenia, składając stosowane oświadczenie w formie pisemnej, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego, w którym nastąpiło wystąpienie.

Uposażony

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 1, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego.
4. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Rodzaje świadczeń

§ 14

1. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem lub w następstwie zawału serca lub udaru mózgu**
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem i śmiercią Ubezpieczonego.
 - 2) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie zawału serca lub udaru mózgu objętego ochroną ubezpieczeniową, a śmierć nastąpiła przed upływem 40 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.
2. **Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym**
 - 1) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku wypadku komunikacyjnego objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią Ubezpieczonego.
 - 2) Jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego jest wypadek komunikacyjny, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej tylko świadczenie z tytułu

śmierci Ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym. W tym przypadku nie zostanie wypłacone świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) niniejszego paragrafu.

3. Świadczenie z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) W przypadku uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
- 2) Suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty świadczenia odpowiadającego 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
- 3) Kolejne świadczenie wypłacane z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, nie może być wyższe niż kwota świadczenia wynikająca z różnicy pomiędzy wysokością świadczenia należnego w przypadku 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała a sumą świadczeń wypłacanych dotychczas z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała danego Ubezpieczonego, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 4) Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalany jest zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych WU.
- 5) Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

4. Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowane chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwa w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt 6), Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w polisie lub umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek zaistniał w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej lub jeżeli pobyt w szpitalu związany był z chorobą, która została rozpoznana w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych WU, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
- 3) Limit odpowiedzialności Towarzystwa stanowi świadczenie ubezpieczeniowe za maksymalnie:
 - 30 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy, w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia choroby, z zastrzeżeniem zdania drugiego;
 - 180 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy, w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała, z zastrzeżeniem zdania drugiego.

Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się z datą udzielania ochrony ubezpieczeniowej i wykracza:

- poza dany rok polisy lub
 - poza okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przysługuje limit odpowiedzialności Towarzystwa jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku polisy, w którym pobyt w szpitalu się rozpoczął.
- 4) Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu. W przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
 - 5) Świadczenie pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby lub leczenia obrażeń ciała zaistniałych w okresie udzielania ochrony nie jest należne za okres, w którym Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.
 - 6) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pobytu w szpitalu:
 - a) w celu leczenia choroby, który rozpoczął się w ciągu pierwszego miesiąca od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 7);
 - b) w celu leczenia chorób, których przyczyny zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
 - 7) Zapis, o którym mowa w pkt 6) lit. a), nie ma zastosowania od drugiego roku obowiązywania nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl.

5. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów nabycia lub naprawy środków pomocniczych dla Ubezpieczonego

- 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu niepokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki, po-

niesione w związku z leczeniem doznanych obrażeń ciała, na naprawę lub nabycie środków pomocniczych, pod warunkiem że naprawa lub nabycie zalecone zostały przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem potwierdzonym dokumentacją medyczną i objętym ochroną ubezpieczeniową.

- 2) Zwrot następuje na podstawie rachunków bądź faktur wystawionych na rzecz Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

6. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

- 1) W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego określonego w § 2 pkt 20) lit. a) poważnego zachorowania, określonego w § 2 pkt 11), którego pierwsze zdiagnozowanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.
- 2) Prawo do świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania zostanie przyznane pod warunkiem, że zdiagnozowanie poważnego zachorowania nastąpiło przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 25. roku życia oraz Ubezpieczony pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
- 3) Prawo do świadczenia w związku z wystąpieniem u Ubezpieczonego cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 18. roku życia.
- 4) Rodzaj i data zdiagnozowania poważnego zachorowania ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej lub na podstawie badań medycznych, przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, wykonanych na zlecenie Towarzystwa. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
- 5) Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte poważne zachorowania:
 - a) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub przed upływem 1 miesiąca od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub przed upływem 1 miesiąca od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) które są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej i schorzeń będących ich skutkiem.
- 6) Zapis, o którym mowa w pkt 5) lit. a) i b), nie ma zastosowania od drugiego roku obowiązywania nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Bezpieczny.pl.
- 7) Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy poważne zachorowanie jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 9 niniejszych WU, a także gdy jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV, samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od jego stanu poczytalności.

7. Świadczenie z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) Jeżeli rodzic Ubezpieczonego, określonego w § 2 pkt 20) lit. a), zmarł w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
- 2) Prawo do świadczenia z tytułu śmierci rodzica Ubezpieczonego zostanie przyznane pod warunkiem, że nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć, wystąpił przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 25. roku życia oraz miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

8. Świadczenie z tytułu zwrotu kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem

- 1) Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu niepokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych wydatki poniesione w związku z pobytem w szpitalu, wydatki poniesione na badania, zabiegi i operacje (w tym niezbędne operacje plastyczne, mające na celu usunięcie oszpecaenia wynikłego z nieszczęśliwego wypadku) oraz zabiegi rehabilitacyjne, pod warunkiem że powyższe zostało zalecone przez lekarza w związku z nieszczęśliwym wypadkiem potwierdzonym dokumentacją medyczną i objętym ochroną ubezpieczeniową.
- 2) Zwrot następuje na podstawie rachunków bądź faktur wystawionych na rzecz Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub umowie ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest do zawiadomienia Towarzystwa o zaistnieniu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia oraz do dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Zawiadomienie dotyczące zaistniałego zdarzenia może być złożone na piśmie lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczonym formie.

3. Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
4. Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
5. Jeżeli w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie wskazanym w ust. 4.

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 16

1. Reklamacja to wystąpienie osoby fizycznej, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Inne podmioty niż osoby fizyczne mogą wnosić skargi i zażalenia zgodnie z ust. 12.
2. Reklamacja może być złożona Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa: AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. w Warszawie przy ul. Chłodnej 51, albo drogą pocztową na adres: AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51;
 - 2) w formie elektronicznej na adres e-mail: szkody.korporacyjne@axa.pl;
 - 3) ustnie – telefonicznie pod nr telefonu 22 555 04 45 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa.
3. Reklamację wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
5. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą reklamację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.

9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
10. Osoba składająca reklamację, która nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa, może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, według właściwości określonej w § 17.
11. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
12. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez inne podmioty niż osoby fizyczne mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 2–8 oraz ust. 10–11, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Właściwość sądowa

§ 17

1. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. Oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia składane są na piśmie lub za zgodą Towarzystwa w innej uzgodnionej z Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym formie.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
3. Integralną część warunków ubezpieczenia stanowi Formularz do WU – informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Niniejsze WU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. nr 3/26/04/2017 z dnia 26 kwietnia 2017 r.
5. Niniejsze WU wchodzi w życie z dniem 28 kwietnia 2017 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od tego dnia.

Załącznik nr 1

Zakres świadczeń assistance dostępnych po pobycie w szpitalu w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą

- Poniższe świadczenia dostępne są pod warunkiem spełnienia poniższych wymogów:
 - zostało przyznane świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z niniejszymi WU;
 - pobyt w szpitalu trwał co najmniej 7 dni.
- Poniższe świadczenia realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Rodzaj świadczenia	Limit
korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby Ubezpieczony nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres nie krótszy niż 7 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji Ubezpieczonego lub do miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności Ubezpieczonego (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	10 h w roku polisowym 2 h w ramach jednej wizyty korepetytora
wizyty lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, z tytułu której Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 7 dni; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	2 wizyty w roku polisowym
wizyta pielęgniarki – Towarzystwo, na zlecenie lekarza prowadzącego, zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, z tytułu której Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 7 dni; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów: <ol style="list-style-type: none">wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się	2 wizyty w roku polisowym
transport z osobą towarzyszącą do placówki medycznej na wizytę kontrolną w związku z hospitalizacją Ubezpieczonego trwającą nie krócej niż 7 dni – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej	2 000 PLN w roku polisowym
łóżko szpitalne dla rodzica Ubezpieczonego – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby Ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres nie krótszy niż 7 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania limitu	2 000 PLN w roku polisowym
infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat: <ol style="list-style-type: none">jednostek chorobowych,stanów wymagających nagłej pomocy,zachowań prozdrowotnych,leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków,obowiązkowych szczepień dzieci,transportu medycznego,telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego AXA,apteki znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,badania kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,domów pomocy społecznej, hospicjów; informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania limitu	brak

- W razie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, trwającego nie mniej niż 7 dni, gdy konieczne jest skorzystanie z świadczeń, o których mowa w ust. 1, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązana jest – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego AXA, którego numer telefonu podany jest

w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje, i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.

4. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu zobowiązana jest:
 - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych WU, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zwerifikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne AXA. Towarzystwo zastrzeże sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
6. Świadczenia odnoszące się do pobytów w szpitalu objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w związku z którym dane świadczenie przysługuje,
7. Towarzystwo zastrzeże sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
9. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych WU może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

Załącznik nr 2

Tabela świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku

Pojęcia użyte w tabeli oznaczają:

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

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

A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy	1
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytek pełnej grubości kości czaszki niezależnie od powierzchni	5
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) bloczkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
6. Urazy śródczaszkowe (krwiaki, krwotoki śródczaszkowe itp.):	
a) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony zachowawczo	10
b) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony operacyjnie	20
c) krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), skutkujący zaburzeniami neurologicznymi i psychiatrycznymi (ocena po badaniu orzecznym)	30–100
B. USZKODZENIA TWARZY	
7. Uszkodzenia powłok twarzy:	
a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	5
8. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamanie kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9. Utrata zębów stałych:	
a) co najmniej korona – za każdy ząb	1
b) utrata częściowa korony – za każdy ząb	0,5
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
10. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamanie	1
11. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
12. Złamania żuchwy:	
a) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamanie	1

13. Ubytek podniebienia	15
14. Urazy języka:	
a) rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)

15. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	1
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40
17. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5

18. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30
19. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15
20. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35
21. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
22. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

23. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany, oparzenia	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30
24. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu, jednostronne	1
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz

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

25. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

26. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie		7
27. Uszkodzenie przełyku:		
a) leczone operacyjnie		7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo		30
28. Uszkodzenie skóry szyi:		
a) rany skóry		1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA		2

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ, PLECÓW I ICH NASTĘPSTWA

29. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu, pleców:			
a) rany skóry		1	
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 2% TBSA		1	
30. Uszkodzenie lub utrata sutka:			
a) rany brodawki		1	
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki		3	
c) krwiaki sutka wymagające nacięcia		2	
d) częściowa lub całkowita utrata sutka		15	
31. Złamania żeber:			
a) złamanie 1 żebra		0,5	
b) złamania od 2 do 4 żeber		2	
c) złamania od 5 do 10 żeber		7	
d) złamania powyżej 10 żeber		10	
32. Złamanie mostka:			
a) bez przemieszczenia		1	
b) z przemieszczeniem		4	
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem		6	
33. Uszkodzenie płuc i opłucnej:			
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu		2	
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu		5	
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie		10	
d) utrata części płuca		15	
e) utrata całego płuca		30	
34. Uszkodzenie serca lub osierdzia:			
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia		10	
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie		30	
35. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie			10

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

36. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:			
a) rany skóry		1	
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA		1	
c) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej		5	
37. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:			
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej		5	
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego		10	
38. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie			10
39. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:			
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie		3	
b) uszkodzenia leczone operacyjnie		5	
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego		15	
40. Uszkodzenia śledziony:			
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)		2	

b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu		5
c) utrata śledziony		15
41. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:		
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)		2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu		5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki		10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki		100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

42. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:			
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)		2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu		5	
c) utrata częściowa nerki		15	
d) utrata całkowita nerki		30	
e) utrata obu nerek		100	
43. Uszkodzenie moczowodu:			
a) leczone endoskopowo		5	
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo		15	
44. Uszkodzenie pęcherza moczowego:			
a) leczone zachowawczo		1	
b) leczone operacyjnie		10	
c) utrata całkowita pęcherza		50	
45. Uszkodzenia cewki moczowej:			
a) leczone zachowawczo		1	
b) leczone endoskopowo		5	
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo		15	
46. Uszkodzenia prącia:			
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo		2	
b) częściowa utrata prącia		10	
c) całkowita utrata prącia		40	
47. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:			
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)		2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu		5	
c) utrata częściowa		10	
d) utrata całkowita		20	
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników		40	
48. Utrata macicy			30
49. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:			
a) izolowane rany w zakresie skóry		2	
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie		7	
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie		15	

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:		
a) skręcenie		2
b) zwężenie		10
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)		5
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)		10
e) złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)		1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.		
51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):		
a) skręcenie		1
b) zwężenie		10
c) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)		4
d) złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)		10
e) złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)		1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.		
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):		
a) skręcenie		2

b) zwichnięcie	10
c) złamanie trzonów lub łuków kręgow łeczone zachowawczo (každy)	5
d) złamanie trzonów lub łuków kręgow łeczone operacyjnie (každy)	10
e) złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (každy)	1

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

53. Urazy rdzenia kręgowego:

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

54. Rozejście się spojenia łonowego 5

55. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego 10

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

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

57. Złamanie panewki stawu biodrowego:

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

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

a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	2
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	1
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	3

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

59. Złamania łopatki:

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

OBOJCZYK

60. Złamania obojczyka:

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

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

a) I°	1
b) II°	3
c) III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

62. Uszkodzenia stawu ramiennolopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliźszej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:

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

63. Utrata kończyny w stawie ramiennolopatkowym 65

64. Utrata kończyny wraz z łopatką 70

RAMIĘ

65. Złamanie trzonu kości ramiennej:

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

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

a) rany skórne	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	1

67. Utrata kończyny w obrębie ramienia 60

STAW ŁOKCIOWY

68. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliźsza kości promieniowej i łokciowej):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2

69. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ

70. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
c) inne złamania	1

71. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania di Monteggia, Galeazzi	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	3
e) inne złamania	2

72. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:

a) rany skórne	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (každy)	2
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	1

73. Utrata kończyny w obrębie przedramienia 55

74. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka 50

NADGARSTEK

75. Uszkodzenia nadgarstka:

a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5
e) skręcenia	1

76. Utrata ręki na poziomie nadgarstka 55**ŚRÓDRĘCZE****77. Złamania kości śródreżca oraz inne uszkodzenia dłoni i śródreżca:**

a) I kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
b) II kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	3
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
d) rany dłoni i śródreżca	1
e) oparzenia dłoni i śródreżca powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	5

KCIUK**78. Utrata w zakresie kciuka:**

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	9
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżca	17
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	20

79. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia lub przecięcie ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia	2
g) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
h) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5

PALEC WSKAZUJĄCY**80. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikutu, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:**

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	4
c) utrata paliczka środkowego	9
d) utrata trzech paliczków	12
e) utrata wskaziciela z kością śródreżca	16

81. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich):

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia lub przecięcie ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia	2
g) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
h) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY**82. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:**

a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródreżca	9
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	3
h) utrata palca IV z kością śródreżca	4
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1

j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródreżca	4

83. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia części miękkich:

a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany; uszkodzenia, przecięcia ścięgien; zwichnięcia	1
v) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
vi) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany; uszkodzenia, przecięcia ścięgien; zwichnięcia	1
v) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
vi) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany; uszkodzenia lub przecięcie ścięgien; zwichnięcia	1
iv) skręcenia (jeśli było unieruchomienie)	1
v) skręcenia bez unieruchomienia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	0,5

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ**STAW BIODROWY****84. Utrata kończyny dolnej:**

a) przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) amputacja na poziomie uda	60

85. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

UDO**86. Złamanie kości udowej:**

a) złamania wieloodłamowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
d) inne złamania	3

87. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:

a) rany skórne uda lub pośladka	1
b) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie (szycie mięśni)	3
c) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	1

KOLANO**88. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:**

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	2
89. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	2
90. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	1
b) uszkodzenie łąkotki bocznej	1
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczno – LCL	4
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g) zwinięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwinięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	3
h) skręcenia kolana bez uszkodzeń wymienionych powyżej (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	1
91. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
92. Złamanie kości podudzia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
93. Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
b) inne złamania	1
94. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	2
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	1
h) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	1
95. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierzac od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
96. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia (konieczne leczenie przez min. 2 tygodnie, potwierdzone dokumentacją medyczną)	1
b) złamanie kostki bocznej	2
c) złamanie kostki przyśrodkowej	2
d) złamanie dwukostkowe	7
e) złamanie trójkostkowe	10
97. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3
98. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4
99. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40

100. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
101. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
102. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany	1
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA	3
103. Utrata stopy w całości	45
104. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
105. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
106. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
107. Uszkodzenie palucha:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
b) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
c) utrata całego palucha	8
d) utrata z kością śródstopia	9
108. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
109. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania otwarte (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
110. Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
111. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
112. Utrata palca V z kością śródstopia	4
113. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca – zwinięcia, skręcenia, rany (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.	
M. ODMROŻENIA – II STOPIEŃ ALBO WYŻSZY	
114. Odmrożenia jednego palca ręki	1
115. Odmrożenia więcej niż jednego palca ręki	3
116. Odmrożenia jednego palca stopy	1
117. Odmrożenia więcej niż jednego palca stopy	3
118. Odmrożenia nosa	3
119. Odmrożenia małżowiny usznej	1
N. PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
120. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
i) częściowe	5

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

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

Niniejsza Tabela świadczeń z tytułu uszczerbków lub uszkodzeń ciała na skutek nieszczęśliwego wypadku została zatwierdzona uchwałą Towarzystwa nr 3/26/04/2017 z dnia 26 kwietnia 2017 r.