



ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia



ubezpieczenie
na życie i dożycie
Ochrona z Gwarancją
Kapitału – wariant Solo

Indeks OCHGK/18/11/02

Przeczytaj o wybranych elementach ubezpieczenia

Umowę ubezpieczenia możesz zawrzeć, jeśli masz co najmniej 18 i nie więcej niż 60 lat.



ANNA NIEZALEŻNA



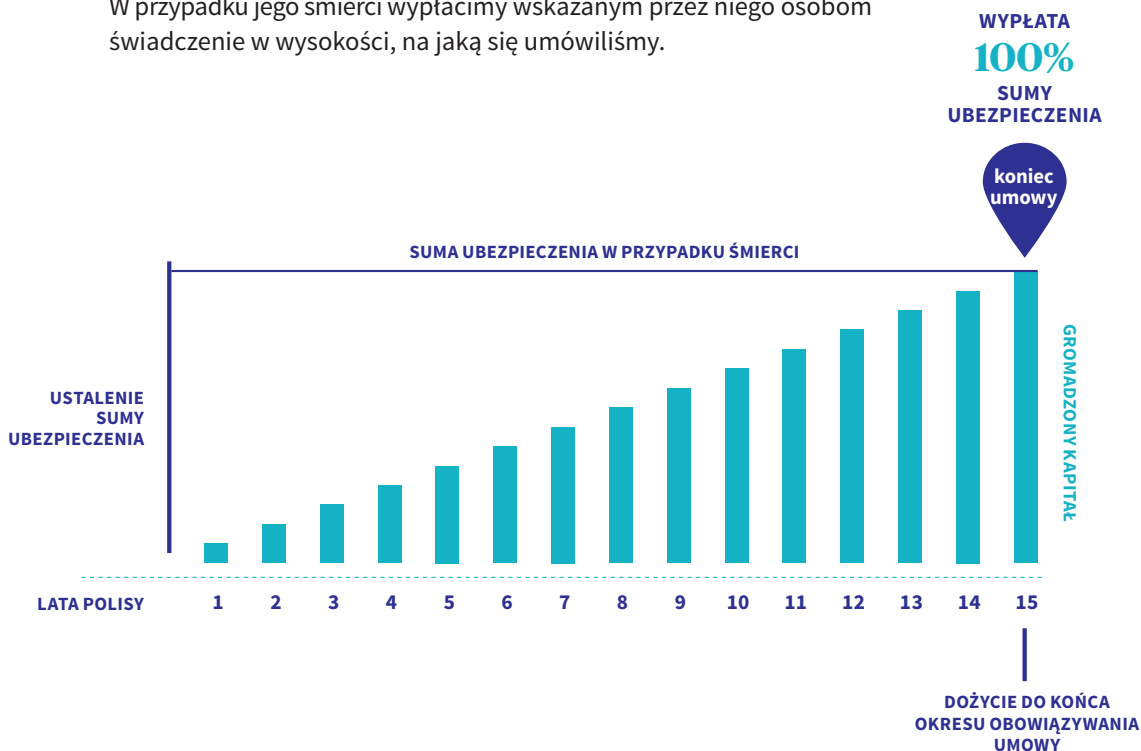
TOMASZ RODZINNY

Ty decydujesz, jakie będzie Twoje ubezpieczenie, bo każdy ma inne potrzeby.

GWARANCJA I OCHRONA KAPITAŁU

W czasie trwania umowy wpłacasz składkę bazową i gromadzisz kapitał.
Na zakończenie umowy wypłacimy Ubezpieczonemu 100% zgromadzonej kwoty.
Jeśli jednak rozwiążesz wcześniej umowę, otrzymasz jedynie wartość wykupu.

Jednocześnie za tę samą składkę chronimy życie Ubezpieczonego.
W przypadku jego śmierci wypłacimy wskazanym przez niego osobom
świadczenie w wysokości, na jaką się umówiliśmy.



PAKIETY OCHRONNE

Wybierasz jeden z poniższych pakietów, za który będziesz opłacał dodatkowo składkę pakietową. Pakiet zapewni ochronę Ubezpieczonemu lub jego dziecku.

Pakiet Ochrona Składki z Rentą		Pakiet Wypadkowy		Pakiet Ochrona Dziecka
<ul style="list-style-type: none">■ czasowa niezdolność do pracy■ całkowita i trwała niezdolność do pracy	albo	<ul style="list-style-type: none">■ śmierć w następstwie NW■ śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego■ uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie NW■ pobyt w szpitalu w następstwie NW	albo	<ul style="list-style-type: none">■ poważne zachorowanie■ operacja medyczna■ pobyt w szpitalu■ uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie NW

Dodatkowo otrzymasz od nas

Świadczenia opiekuńcze AXA 24

W razie choroby lub wypadku zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń, z których Ubezpieczony i jego rodzina mogą korzystać wielokrotnie do wyczerpania limitu 6000 zł na każde zdarzenie.

JEŚLI MASZ SZERSZE POTRZEBY

Możesz dokupić umowy dodatkowe, opłacając za nie składkę dodatkową.

Wybierasz z szerokiej oferty ubezpieczeń dodatkowych:

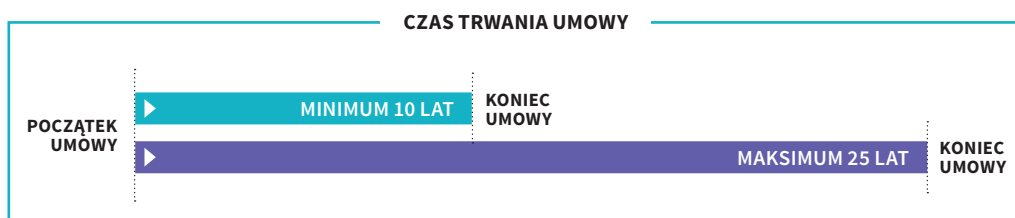
- na wypadek śmierci
- terminowego na wypadek śmierci
- na wypadek śmierci w następstwie NW
- na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego
- na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie NW
- na wypadek poważnego zachorowania
- na wypadek operacji medycznej
- na wypadek pobytu w szpitalu
- na wypadek osierocenia dziecka
- na wypadek osierocenia dziecka w następstwie NW
- świadczeń medycznych i opiekuńczych AXA MEDI

CO SKŁADA SIĘ NA SKŁADKĘ ŁĄCZNA



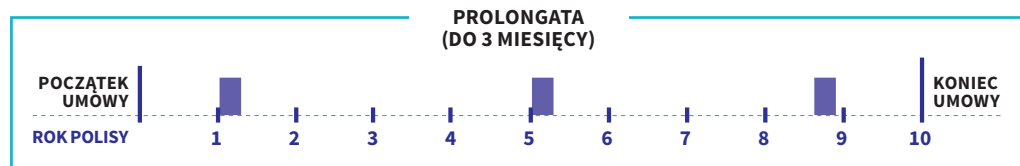
NA JAK DŁUGO MOŻESZ ZAWRZEĆ UMOWĘ

Umowę zawierasz z nami na minimum 10 a maksymalnie na 25 lat, jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony będzie miał ukończone 70 lat.

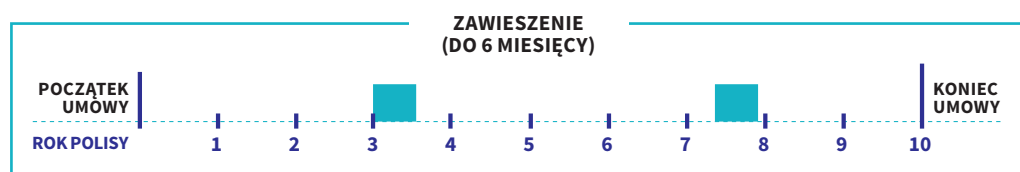


ROZWIĄZANIA NA WYPADEK TRUDNOŚCI FINANSOWYCH

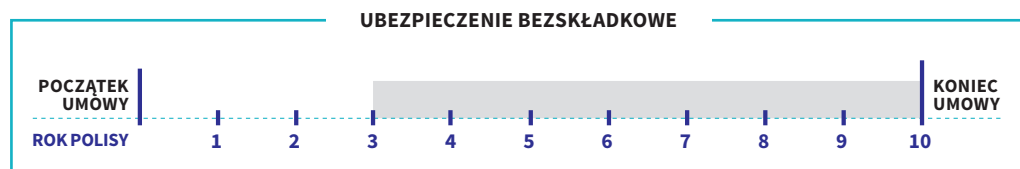
Prolongata – możesz spóźnić się z płatnością składki o trzy miesiące, a my w tym czasie nadal chronimy Ubezpieczonego w pełnym zakresie umowy.



Zawieszenie – od 3. rocznicy polisy możesz zawiesić opłacanie składek maksymalnie na 6 miesięcy, wtedy chronimy Ubezpieczonego tylko w ramach zakresu bazowego przy obniżonej sumie ubezpieczenia.



Ubezpieczenie bezskładkowe – od 3. rocznicy polisy możesz przekształcić umowę w bezskładkową, wtedy do końca jej trwania nie płacisz nam żadnych składek, a my chronimy Ubezpieczonego wyłącznie w zakresie bazowym, przy obniżonej sumie ubezpieczenia. Przekształcenie jest nieodwracalne.



Wykup – masz możliwość rozwiązania umowy przed jej końcem. W takim wypadku już od pierwszego roku wypłacimy Ci wartość wykupu. Jego wysokość zależy od sumy wpłaconych składek bazowych i roku polisy, w którym następuje rozwiązanie umowy.

FORMULARZ DO OWU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I pkt 3 i 4 część II pkt 3 ppkt 2) część VII pkt 7 część XI
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część IX
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	część VIII pkt 1 i 2 Tabela współczynników wykupu



Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo (dalej: OWU), a w razie rozszerzenia zakresu również zakres pakietowy i ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych (dalej: OWUD), wraz z dokumentami w nich wskazanymi stanowią umowę ubezpieczenia. W zakresie nieuregulowanym w OWUD stosujemy postanowienia zawarte w niniejszych OWU.

Przed zawarciem umowy zapoznaj się ze wszystkimi dokumentami, które otrzymałeś.

SPIS TREŚCI

Przedmiot i zakres ubezpieczenia	7
Okres ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa	7
Zawarcie umowy ubezpieczenia	8
Prawa i obowiązki	8
Składka	9
Zmiany w opłacaniu składki	9
Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe	10
Wartość wykupu	11
Wyłączenia z ubezpieczenia	12
Reklamacje, właściwość sądów, prawo właściwe	12
Słownik pojęć	13
Postanowienia końcowe	14
Katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego	15
Tabela współczynników wykupu	17
Pakiet Ochrona Składki z Rentą	18
Pakiet Wypadkowy	21
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego	24
Pakiet Ochrona Dziecka	32
Katalog poważnych zachorowań dziecka	36
Tabela operacji medycznych dziecka	37
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	45
Regulamin świadczenia usług assistance AXA 24	53

Poznajmy się!



Ty jesteś osobą, która zawiera z nami umowę ubezpieczenia, czyli Ubezpieczającym.



My, czyli AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.



lub



Ubezpieczony jest osobą, której życie obejmujemy ubezpieczeniem.

I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Kto może zawrzeć umowę?

Umowę zawiera z nami Ubezpieczający – tą osobą jesteś Ty. Jeżeli jesteś osobą fizyczną, w dniu podpisania wniosku musisz mieć co najmniej 18 i nie więcej niż 60 lat. Ubezpieczającym może też być osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.

2. Kogo możemy objąć ubezpieczeniem?

Ubezpieczeniem możemy objąć osobę fizyczną, która w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego ma co najmniej 18 i nie więcej niż 60 lat. Ubezpieczony musi mieć miejsce stałego zamieszkania na terytorium RP.

3. Co obejmuje zakres bazy?

Zakres bazy obejmuje:

- śmierć Ubezpieczonego w czasie udzielania ochrony,
- dożycie przez Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy podstawowej.

4. Czy możesz rozszerzyć zakres bazy z umowy podstawowej?

- Zakres bazy możesz rozszerzyć o wybrany przez Ciebie zakres pakietowy. Możesz to zrobić tylko przy zawieraniu umowy podstawowej. Wówczas Twoja umowa podstawowa składa się z zakresu bazowego i pakietowego. Zakres umowy podstawowej potwierdzamy w polisie.
- Umowę podstawową możesz rozszerzyć, zawierając umowy dodatkowe. Możesz to zrobić:
 - jednocześnie z zawarciem umowy podstawowej lub
 - w każdym terminie opłacania składki.

5. Czy możesz zawrzeć umowę na rzecz innej osoby?

- Jako Ubezpieczonego możesz wskazać inną niż Ty osobę.
- Ubezpieczony powinien wyrazić zgodę na objęcie go ubezpieczeniem. Zanim to nastąpi, powinieneś przekazać mu umowę ubezpieczenia w formie, na którą wyraził zgodę.

II. Okres ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa

1. Na jaki okres możesz zawrzeć umowę podstawową?

Umowę podstawową możesz zawrzeć na okres:

- minimalnie – 10 lat,
- maksymalnie – 25 lat,

ale nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony będzie miał ukończone 70 lat.



PRZYKŁAD

Jeżeli w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego masz 50 lat, umowę możesz zawrzeć maksymalnie na 20 lat.

Podpisujesz wniosek mając 50 lat	Zawierasz umowę	Masz urodziny – kończysz 70 lat	Ostatni dzień ochrony
1.05.2019	19.05.2019	10.04.2039	18.05.2039

2. W jakim czasie udzielamy ochrony?

Ochrona rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy podstawowej wskazanym w polisie, a kończy się w dniu jej rozwiązania lub odstąpienia od niej.

3. W jakim czasie udzielamy ochrony tymczasowej i co ona obejmuje?



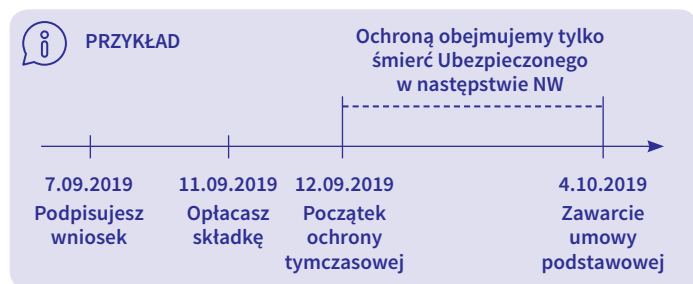
PRZYDATNE POJĘCIE

Bazowa suma ubezpieczenia – suma ubezpieczenia, na podstawie której ustalamy wysokość świadczenia z tytułu zakresu bazowego umowy podstawowej.

- Ochrony tymczasowej udzielamy od następnego dnia po podpisaniu przez Ciebie wniosku ubezpieczeniowego i opłaceniu wstępnie obliczonej pierwszej składki łącznej.

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo

- 2) Zakres ochrony tymczasowej obejmuje wyłącznie śmierć Ubezpieczonego spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem. Śmierć Ubezpieczonego oraz nieszczęśliwy wypadek, który ją spowodował, muszą wystąpić w czasie udzielania ochrony.
- 3) Świadczenie wypłacimy Uposażonemu w wysokości bazowej sumy ubezpieczenia, wskazanej przez Ciebie we wniosku ubezpieczeniowym, jednak nie wyższej niż 50 000 zł.
- 4) Ochronę tymczasową zakończymy w dniu, w którym nastąpiło najwcześniejsze z poniższych zdarzeń:
 - a) zawarta została umowa podstawowa,
 - b) odmówiliśmy Ci zawarcia umowy podstawowej,
 - c) minęło 60 dni od momentu rozpoczęcia ochrony tymczasowej,
 - d) zakończył się okres, jaki wskazaliśmy do złożenia sprzeciwu; dotyczy to sytuacji, w której zaproponowaliśmy Ci inne warunki niż te, które wskazałeś we wniosku ubezpieczeniowym.



4. Kiedy rozwiąże się umowa?

PRZYDATNE POJĘCIE

Prolongata – to maksymalnie 3-miesięczny okres, w którym czekamy na wpłynięcie Twojej składki, a Ty zachowujesz ochronę.

- 1) Umowa podstawowa lub każda umowa dodatkowa rozwiąże się z dniem wystąpienia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - c) z dniem złożenia nam przez Ciebie wypowiedzenia umowy,
 - d) z dniem złożenia nam przez Ciebie oświadczenia o odstąpieniu od umowy,
 - e) z upływem prolongaty, jeśli nie zapłacisz zaległych składek; wcześniej wysłaliśmy do Ciebie pismo z prośbą o wpłatę we wskazanym terminie, nie krótszym niż 7 dni od jego otrzymania; umowa podstawowa nie rozwiąże się pomimo braku wpłaty składki, jeżeli przysługuje Ci prawo do zawieszenia opłacania składki lub do przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Wraz z umową podstawową rozwiązują się wszystkie zawarte umowy dodatkowe.
- 3) Za okres, w którym udzielaliśmy ochrony, przysługuje nam składka. Jeśli kwota, którą wpłaciłeś, jest wyższa niż należna nam składka, zwrócimy Ci tę nadwyżkę.
- 4) W przypadku odstąpienia od umowy podstawowej poza nadwyżką składki dodatkowo wypłacimy Ci 65% wpłaconej należnej składki bazowej.

5. Kiedy możesz odstąpić od umowy?

Od umowy podstawowej lub od każdej umowy dodatkowej możesz odstąpić w ciągu:

- a) 45 dni lub
- b) 15 dni, jeżeli jesteś przedsiębiorcą, licząc od dnia zawarcia.

Jeżeli jesteś konsumentem i o prawie odstąpienia nie poinformowaliśmy Cię przed zawarciem umowy, okres 45 dni liczymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.

6. Kiedy możesz wypowiedzieć umowę?

Umowę podstawową lub umowę dodatkową możesz wypowiedzieć w każdym czasie.

III. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Czy dokonujemy oceny ryzyka ubezpieczeniowego?

Oceny ryzyka dokonujemy przed zawarciem umowy podstawowej i każdej umowy dodatkowej. W związku z tym możemy:

- a) żądać przedstawienia przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej potrzebnej do oceny stanu zdrowia,
- b) skierować Ubezpieczonego na badania medyczne; badania będą wykonane na nasz koszt.

2. Co możemy zrobić po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego?

Po ocenie ryzyka możemy:

- a) zawrzeć umowę na warunkach określonych w OWU i wskazanych przez Ciebie we wniosku ubezpieczeniowym, albo
- b) odmówić zawarcia umowy, albo
- c) zaproponować Ci inne warunki niż określone w OWU lub wskazane przez Ciebie we wniosku ubezpieczeniowym.

IV. Prawa i obowiązki



1. Jakie są Twoje prawa jako Ubezpieczającego?

Masz prawo do:

- a) rozszerzenia zakresu umowy podstawowej o zakres pakietowy,
- b) zawarcia umów dodatkowych,
- c) zmiany wysokości sum ubezpieczenia i składki podstawowej,
- d) wypłaty wartości wykupu,
- e) odstąpienia od umowy podstawowej i umów dodatkowych,
- f) wypowiedzenia umowy podstawowej i umów dodatkowych,
- g) zawieszenia i wznowienia opłacania składki łącznej,
- h) przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe,
- i) składania reklamacji, skarg i zażaleń, na zasadach wskazanych w umowie ubezpieczenia.

2. Jakie są Twoje obowiązki jako Ubezpieczającego?

- 1) Do Twoich obowiązków należy:
 - a) opłacanie składki łącznej,
 - b) powiadamianie nas o zmianie danych osobowych, w tym danych teleadresowych podanych we wniosku ubezpieczeniowym,
 - c) przekazywanie Ubezpieczonemu następujących informacji:
 - o zmianie warunków umowy lub o zmianie prawa właściwego dla umowy i o wpływie tych zmian na wartość wypłat z ubezpieczenia – zanim wyrazisz na nie zgodę,

- o wysokości świadczeń, jeżeli ich wysokość w czasie trwania umowy ulega zmianie,
 - o zmianie sumy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie gdy my przekazemy Ci tę informację.
- 2) Jeżeli nie jesteś Ubezpieczonym, to w przypadku Twojej śmierci Twoje prawa i obowiązki przejdą na Twoich spadkobierców.

3. Jakie są prawa Ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma prawo do:

- a) wskazania Uposażonego, czyli osoby uprawnionej do otrzymania od nas wypłaty świadczenia w przypadku jego śmierci,
 - b) zwracania się do nas o udzielenie informacji o postanowieniach umowy, które dotyczą jego praw i obowiązków,
 - c) składania reklamacji, skarg i zażaleń,
- na zasadach wskazanych w umowie podstawowej.

4. Jakie są obowiązki Ubezpieczonego?

Ubezpieczony ma obowiązek zawiadamiać nas o zmianie swoich danych osobowych, w tym danych teleadresowych podanych we wniosku ubezpieczeniowym.

5. Jakie są nasze obowiązki?

Do naszych obowiązków należy:

- a) realizacja świadczeń w przypadkach wskazanych w umowie ubezpieczenia,
- b) spełnienie innych obowiązków wynikających z umowy i przepisów prawa.

V. Składka

1. Czym jest składka podstawowa i od czego uzależniamy jej wysokość?

- 1) Składką podstawową nazywamy składkę należną z tytułu umowy podstawowej. Składa się ona ze składki bazowej i – jeśli rozszerzyłeś umowę podstawową o zakres pakietowy – ze składki pakietowej.
- 2) Składka bazowa to składka należna za zakres bazowy. Jej wysokość zależy od częstotliwości jej opłacania, bazowej sumy ubezpieczenia i okresu obowiązywania umowy podstawowej.
- 3) Składka pakietowa to składka należna za zakres pakietowy. Jej wysokość zależy od wysokości składki bazowej.
- 4) Jeżeli nie rozszerzyłeś umowy podstawowej o zakres pakietowy, składkę podstawową stanowi składka bazowa.

2. Czym jest składka łączna?

- 1) Składka łączna to składka należna z tytułu całej umowy ubezpieczenia, czyli umowy podstawowej i umów dodatkowych, o ile rozszerzyłeś o nie umowę podstawową. Jest sumą składki podstawowej i składek dodatkowych.
- 2) Składka dodatkowa to składka należna za umowę dodatkową.

3. Jak powinieneś opłacać składkę łączną?

- 1) Składkę możesz opłacać miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
- 2) Składkę wpłacasz na rachunek bankowy, w wysokości i terminach, które wskazaliśmy w polisie.

4. Co w przypadku, gdy składkę łączną wpłacisz z opóźnieniem?

- 1) Opóźnienie w zapłacie składki może wynieść nie więcej niż 3 miesiące polisy.
- 2) Ten 3-miesięczny okres nazywamy prolongatą i pomimo braku wpłaty składki udzielamy w tym czasie ochrony.
- 3) Nie oznacza to jednak, że jesteś zwolniony z wpłaty składki należnej nam za ten okres. W tym przypadku płatność jedynie odraczamy.

VI. Zmiany w opłacaniu składki

1. Czy możesz zmienić częstotliwość opłacania składki łącznej?

- 1) W każdym czasie możesz zmienić częstotliwość opłacania składki, jednak pod warunkiem, że po zmianie nadal w rocznice polisy będą przypadały terminy opłacania składki.

PRZYKŁAD

Zawarcie umowy	Terminy opłacania składki miesięcznej					Rocznicza zawarcia umowy
	15.05	15.07	15.09	15.11	15.01	15.03
15.03.2019	15.04	15.06	15.08	15.10	15.12	15.02
						15.03.2020

Jeżeli chciałbyś zmienić częstotliwość opłacania składki na roczną w drugim miesiącu polisy, tj. od 15 kwietnia 2019 r., termin płatności przypadałby 15 kwietnia 2020 r., po rocznicy polisy. Oznacza to, że możesz zmienić częstotliwość z miesięcznej na roczną dopiero w pierwszej rocznicy polisy, tj. 15 marca 2020 r.

- 2) Zmianę częstotliwości potwierdzimy w polisie.

2. Czy możesz zmienić wysokość składki podstawowej?

- 1) Wysokość składki możesz zmienić po upływie 3. roku polisy.
- 2) Nie możesz obniżyć składki poniżej kwoty ustalonej przy zawarciu umowy, wskazanej w polisie.
- 3) W odpowiedzi na Twój wniosek możemy:
 - a) zaakceptować Twoją propozycję zmiany wysokości składki,
 - b) zaproponować Ci inną niż wnioskowana przez Ciebie wysokość składki albo
 - c) odmówić dokonania zmiany.
- 4) Jeżeli w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania od nas propozycji zmiany wysokości składki nie zawiadomisz nas, że nie akceptujesz naszej propozycji, obowiązywała będzie wskazana w niej wysokość składki.
- 5) Zmieniona wysokość składki będzie obowiązywała od najbliższego terminu jej opłacania, jeżeli wniosek w tej sprawie złożysz nam co najmniej 21 dni roboczych przed tym terminem.
- 6) Każda zmiana wysokości składki powoduje zmianę wysokości sumy ubezpieczenia. Zmiany te potwierdzamy w polisie.

3. Czy możesz zawiesić opłacanie składki łącznej?

- 1) Możesz zawiesić opłacanie składki łącznej po upływie pierwszych 3 lat polisy, o ile zapłaciłeś wszystkie należne nam za ten okres składki.
- 2) Zawieszenie nastąpi od najbliższego terminu opłacania składki przypadającego po złożeniu przez Ciebie wniosku.

PRZYKŁAD

SKŁADKA BAZOWA za zakres bazowy	SKŁADKA PAKIETOWA za zakres pakietowy	SKŁADKA DODATKOWA za wybrane umowy dodatkowe
SKŁADKA PODSTAWOWA		
SKŁADKA ŁĄCZNA		

- 3) Zawieszenie opłacania składki trwa przez okres wskazany przez Ciebie we wniosku, jednak nie może być on dłuższy niż 6 miesięcy polisy.
- 4) Jeżeli korzystałeś już z prawa do zawieszenia opłacania składki, od wznowienia opłacania składki muszą minąć co najmniej 3 lata, zanim będziesz mógł skorzystać z tego prawa ponownie.

4. W jakich jeszcze sytuacjach opłacanie składki łącznej zostanie zawieszona?

Po upływie pierwszych 3 lat polisy opłacanie składki zostaje zawieszona po zakończeniu okresu prolongaty, jeżeli do tego czasu nie wpłacisz nam zaległej składki. Okres zawieszenia trwa wówczas 6 miesięcy polisy. Masz prawo skrócić ten okres.

5. Czy w okresie zawieszenia opłacania składki łącznej udzielamy ochrony?

W tym okresie ochrony udzielamy wyłącznie w zakresie bazowym. Nie udzielamy jej dla zakresu pakietowego ani żadnej umowy dodatkowej.

6. Czy zawieszenie opłacania składki łącznej wpływa na częstotliwość jej opłacania?

- 1) Niezależnie od tego jaką wybrałeś częstotliwość opłacania składki, od rozpoczęcia okresu zawieszenia obowiązywać będzie częstotliwość miesięczna.
- 2) Zmiana częstotliwości powoduje odpowiednią zmianę wysokości składki.

7. Czy zawieszenie opłacania składki łącznej wpływa na wysokość bazowej sumy ubezpieczenia?

W tym okresie obowiązuje obniżona bazowa suma ubezpieczenia. Jej wysokość stanowi 100% wpłaconych do daty zawieszenia należnych składek bazowych.

8. Jakie warunki musisz spełnić, żeby wznowić opłacanie składki łącznej?

- 1) Po upływie okresu zawieszenia jesteś zobowiązany do wznowienia opłacania składki. Pierwszą składkę musisz zapłacić w najbliższym terminie opłacania składki, przypadającym po wznowieniu.
- 2) W przypadku gdy zawieszenie nastąpiło w okresie lub po zakończeniu prolongaty, powinieneś dodatkowo zapłacić nam zaległe składki za ochronę udzielaną w okresie prolongaty.

9. Z czym się wiąże wznowienie opłacania składki łącznej?

- 1) Od daty wznowienia opłacania składki przywracamy ochronę dla zakresu pakietowego i umów dodatkowych.
- 2) Wznowienie powoduje również podwyższenie bazowej sumy ubezpieczenia. Jej wysokość jest zależna od okresu obowiązywania umowy podstawowej, przy czym do tego okresu nie wliczamy zawieszenia opłacania składki.

10. Czy można przekształcić umowę w ubezpieczenie bezskładkowe?

Taka możliwość jest po upływie pierwszych 3 lat polisy, o ile zapłaciłeś nam wszystkie należne za ten okres składki.

11. Kiedy możesz skorzystać z przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe?

- 1) Z przekształcenia możesz skorzystać od najbliższego terminu opłacania składki przypadającego po złożeniu przez Ciebie wniosku w tej sprawie.
- 2) Przekształcenia dokonujemy również:
 - a) po upływie prolongaty, jeżeli nie opłaciłeś zaległej składki łącznej i nie spełniłeś warunków wymaganych do zawieszenia opłacania składki; przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje wówczas od najbliższego terminu opłacania składki po upływie prolongaty;

- b) po upływie zawieszenia, jeśli nie spełniłeś warunków wymaganych do wznowienia opłacania składki; przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje wówczas od najbliższego terminu opłacania składki po upływie okresu zawieszenia.

12. Czy po przekształceniu umowy w ubezpieczenie bezskładkowe możesz wrócić do opłacania składki łącznej?

Przekształcenie jest nieodwracalne i trwa do końca obowiązywania umowy podstawowej.

13. Jakie są konsekwencje przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe?



PRZYDATNE POJĘCIE

Zakres bazowy – to zakres obejmujący śmierć Ubezpieczonego oraz dożycie przez niego do końca obowiązywania umowy.

Z dniem przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe:

- a) udzielamy ochrony wyłącznie w zakresie bazowym,
- b) rozwiązują się wszystkie umowy dodatkowe i wygasa ochrona dla zakresu pakietowego,
- c) obowiązuje obniżona bazowa suma ubezpieczenia; jej wysokość stanowi 100% wpłaconych do daty przekształcenia należnych składek bazowych,
- d) do końca obowiązywania umowy podstawowej nie płacisz nam żadnych składek.



VII. Suma ubezpieczenia, świadczenia ubezpieczeniowe

1. Od czego zależy wysokość sumy ubezpieczenia?

- 1) Wysokość bazowej sumy ubezpieczenia zależy od częstotliwości opłacania i wysokości składki bazowej oraz okresu obowiązywania umowy podstawowej.
- 2) Bazową sumę ubezpieczenia pomniejszamy o kwotę zaległej składki łącznej, jeżeli w okresie prolongaty nastąpi:
 - a) śmierć Ubezpieczonego lub
 - b) dożycie przez Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy podstawowej.
- 3) W okresie zawieszenia opłacania składek i po przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe nie pomniejszamy bazowej sumy ubezpieczenia o zaległą składkę bazową.
- 4) Wysokości sum ubezpieczenia z tytułu zdarzeń objętych wybranym zakresem pakietowym zależą od częstotliwości opłacania i wysokości składki pakietowej.

2. Czy możesz zmienić wysokość bazowej sumy ubezpieczenia?

- 1) Po upływie 3. roku polisy możesz zmienić wysokość bazowej sumy ubezpieczenia.

- 2) Nie możesz obniżyć bazowej sumy ubezpieczenia poniżej kwoty ustalonej przy zawieraniu umowy, którą wskazaliśmy w polisie.
- 3) Każda zmiana bazowej sumy ubezpieczenia powoduje zmianę wysokości składki podstawowej.

3. Co musisz zrobić, aby zmienić wysokość bazowej sumy ubezpieczenia?

Wniosek o zmianę bazowej sumy ubezpieczenia powinieneś złożyć najpóźniej na 21 dni roboczych przed datą zmiany. Zmieniona wysokość sumy ubezpieczenia będzie obowiązywała od najbliższego terminu opłacania składki po złożeniu przez Ciebie wniosku.

4. Czy przed podwyższeniem bazowej sumy ubezpieczenia będziemy dokonywali oceny ryzyka?

Decyzję o podwyższeniu sumy ubezpieczenia podejmujemy po przeanalizowaniu ryzyka. W związku z tym możemy poprosić o:

- a) oświadczenie dotyczące aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- b) dokumentację medyczną dotyczącą stanu jego zdrowia,
- c) stawienie się Ubezpieczonego na badania medyczne, które są wykonywane na nasz koszt.

5. Co możemy zrobić po dokonaniu oceny ryzyka?

- 1) Na podstawie uzyskanych informacji możemy:
 - a) zgodzić się na wnioskowaną przez Ciebie wysokość bazowej sumy ubezpieczenia, albo
 - b) zaproponować inną sumę ubezpieczenia niż wnioskowałeś, albo
 - c) odmówić zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
- 2) Jeżeli w ciągu 10 dni roboczych nie zawiadomisz nas, że nie akceptujesz naszej propozycji zmiany sumy ubezpieczenia, obowiązywały będą zaproponowane przez nas: suma ubezpieczenia i wysokość składki podstawowej. Ich wysokości potwierdzimy w polisie.
- 3) Zmieniona wysokość bazowej sumy ubezpieczenia będzie obowiązywała od najbliższego terminu opłacania składki, jeżeli wniosek w tej sprawie złożysz nam co najmniej 21 dni roboczych przed tym terminem.

6. Czy możesz zmienić sumę ubezpieczenia w okresie, w którym nie opłacasz składki?

Nie możesz zmienić sumy ubezpieczenia w okresie zawieszenia opłacania składki ani po przekształceniu umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

7. Komu i jaką kwotę świadczenia wypłacimy z umowy podstawowej?

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego wypłacimy Uposażonemu świadczenie w wysokości 100% bazowej sumy ubezpieczenia.
- 2) W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca obowiązywania umowy podstawowej otrzyma on świadczenie w wysokości 100% bazowej sumy ubezpieczenia.



8. Kto w przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzyma świadczenie?

Świadczenie otrzyma osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako Uposażony.

9. Czy Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Uposażonego?

Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Uposażonego. Świadczenie wypłacimy wszystkim Uposażonym w równych kwotach, chyba że Ubezpieczony inaczej określi podział świadczenia.

10. Komu wypłacimy świadczenie, jeśli Uposażony umrze lub straci prawo do wypłaty z ubezpieczenia?

- 1) Jeżeli Uposażony umrze albo utraci prawo do świadczenia, wówczas wypłacimy je pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im udziałów w kwocie wypłaty.
- 2) Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wszyscy utracili prawo do świadczenia, wypłacimy je w następującej kolejności:
 - a) małżonkowi – w całości, a w razie jego braku
 - b) dzieciom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - c) rodzicom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwu – w równych częściach, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercom – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
- 3) Nie wypłacimy świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem lub zaniechaniem przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

11. W jakim terminie zrealizujemy świadczenie?

Wypłatę z ubezpieczenia zrealizujemy w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Jeśli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości wypłaty będzie niemożliwe, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 21 dni.

12. Jakie dokumenty muszą zostać nam przekazane, żeby otrzymać wypłatę z ubezpieczenia?

- 1) Żebyśmy mogli zrealizować wypłatę konieczne jest przekazanie nam dokumentów wskazanych w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Formularz ten znajdziesz na naszej stronie internetowej www.axa.pl.
- 2) Dokumenty powinieneś przekazać w oryginałach lub kopiach, których zgodność z oryginałem została poświadczona przez:
 - a) notariusza, lub
 - b) naszego przedstawiciela, lub
 - c) upoważnionego pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony.
- 3) Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przed dostarczeniem do nas przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

VIII. Wartość wykupu

1. Jaką kwotę wypłacimy Ci w przypadku rozwiązania umowy podstawowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta?

- 1) Jeżeli umowa podstawowa rozwiąże się przed upływem okresu, na jaki została zawarta, wypłacimy Ci kwotę zwaną wartością wykupu.
- 2) Nie dotyczy to sytuacji, gdy umowa rozwiąże się z powodu śmierci Ubezpieczonego lub odstąpienia przez Ciebie od umowy podstawowej.
- 3) W przypadku śmierci Ubezpieczonego wypłacimy Uposażonemu świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z OWU.

2. Jak ustalamy wartość wykupu?

- 1) Wartość wykupu stanowi wskazany w Tabeli współczynników wykupu procent sumy wpłaconych należnych składek bazowych; procent ten zależy od roku polisy, w którym nastąpi rozwiązanie umowy podstawowej, i od okresu, na jaki została zawarta umowa podstawowa.
- 2) W pierwszych trzech latach polisy wartością wykupu jest suma należnych i wpłaconych składek bazowych, o ile w tym czasie:
 - a) Ubezpieczony dozna trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w czasie udzielania ochrony, lub
 - b) u Ubezpieczonego rozpoznano po raz pierwszy poważne zachorowanie lub po raz pierwszy wykonano u niego zabieg, które wskazane zostały w Katalogu poważnych zachorowań Ubezpieczonego.

W takim przypadku nie obowiązują wyłączenia z ubezpieczenia wskazane w części IX.

3. W jakim terminie wypłacimy Ci wartość wykupu?

- 1) Wartość wykupu wypłacimy w ciągu 21 dni od złożenia nam przez Ciebie:
 - a) wniosku o tę wypłatę oraz
 - b) kopii dokumentu potwierdzającego Twoją tożsamość.
- 2) Jeśli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości wartości wykupu będzie niemożliwe, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część wartości wykupu wypłacimy w terminie 21 dni.

4. Czym skutkuje złożenie przez Ciebie wniosku o wypłatę wartości wykupu?

Złożenie wniosku o wykup jest równoznaczne ze złożeniem nam oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

- b) zażycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) usiłowania popełnienia lub popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa,
 - d) udziału w sportach wysokiego ryzyka,
 - e) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania danym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego,
 - f) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
 - g) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych,
 - h) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych,
 - i) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego – niezależnie od stanu poczytalności.
- 2) Powyższe wyłączenia stosuje się z tytułu ochrony tymczasowej oraz tych zakresów pakietowych i tych umów dodatkowych, w których zostały one wskazane jako wyłączenia z ubezpieczenia.

3. O czym jeszcze powinienś pamiętać?

- 1) Jesteś zobowiązany przekazać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytamy Cię przed zawarciem umowy, a szczególnie we wniosku ubezpieczeniowym. Jeżeli zawierasz umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na Twoim przedstawicielu i obejmuje wszystkie okoliczności jemu znane. Jeżeli zawrzemy umowę pomimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznamy za nieistotne.
- 2) Jeżeli zawierasz umowę na rzecz Ubezpieczonego, obowiązek przekazania nam powyższych okoliczności spoczywa również na nim.

4. Jakie są konsekwencje podania nam nieprawdziwych informacji przed zawarciem umowy?

- 1) Jeżeli zostanie ujawnione, że przed rozpoczęciem udzielania ochrony z umowy podstawowej lub którejkolwiek z umów dodatkowych podano nam nieprawdziwe informacje, zwłaszcza zatajona została przed nami choroba Ubezpieczonego, w okresie pierwszych 3 lat obowiązywania umowy nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.
- 2) W takiej sytuacji zwolnieni z odpowiedzialności będziemy również przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia. Wówczas nie ponosimy odpowiedzialności w odniesieniu do kwoty, o jaką suma ubezpieczenia została podwyższona.

IX. Wyłączenia z ubezpieczenia

1. W jakich sytuacjach odmówimy wypłaty świadczenia?

- 1) Nie wypłacimy żadnego ze świadczeń z umowy podstawowej ani z żadnej umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:
 - a) działań wojennych, zbrojnych lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - b) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego,
 - c) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy i odpowiednio każdej umowy dodatkowej.
- 2) Jeżeli śmierć Ubezpieczonego jest następstwem powyższych zdarzeń, wypłacimy Uposażonemu z tytułu umowy podstawowej wyłączenie wartość wykupu.

2. Co dodatkowo spowoduje odmowę wypłaty świadczenia w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego?

- 1) Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe lub nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną tymczasową lub zakresem pakietowym, lub umową dodatkową został spowodowany wskutek:
 - a) spożycia 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,

X. Reklamacje, własność sądów, prawo własne

1. W jakim trybie można składać reklamacje, skargi i zażalenia?

- 1) Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś osobą fizyczną będącą Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub inną osobą uprawnioną, a także o ile jesteś osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej będącą Ubezpieczającym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia

uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.

- 3) W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierających zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
- 4) Reklamacje wnosi się do Zarządu naszej spółki. Reklamacja może być złożona w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
- 5) Reklamacje można składać nam w następujący sposób:
 - a) pisemnie – przesyłką pocztową na adres naszej siedziby: AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo osobiście w naszej siedzibie,
 - b) elektronicznie na adres e-mail: skargi.odwolania@axa.pl,
 - c) ustnie – telefonicznie pod numer 22 555 00 00 lub 801 200 200 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty u nas lub w naszej jednostce.
- 6) Odpowiedzi na reklamację udzielimy w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek osoby fizycznej składającej reklamację odpowiedzi możemy udzielić za pomocą poczty elektronicznej. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
- 7) Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
- 8) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
- 9) Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko AXA Życie TU S.A. według właściwości określonej w OWU.
- 10) Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
- 11) Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 12) Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla AXA Życie TU 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).
- 13) Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ppkt 1)–3), przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ppkt 4)–9) i 12), z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażeń i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

2. Jak uregulowana jest właściwość sądów oraz prawo właściwe?

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Twojej, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia możesz wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 3) W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy stosuje się przepisy prawa polskiego.



XI. Słownik pojęć

Co rozumiemy przez poszczególne pojęcia pojawiające się w OWU?

- 1) **bazowa suma ubezpieczenia** – suma ubezpieczenia, wskazana w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczeń z tytułu zakresu bazowego;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku obowiązywania umowy podstawowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, jak również następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek;
- 5) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów Ubezpieczonego powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 6) **Pakiet** – część umowy podstawowej, rozszerzająca jej zakres bazowy o zakres pakietowy;
- 7) **polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie i warunki umowy;
- 8) **poważne zachorowanie** – jedna z wymienionych chorób lub zabieg wskazane w Katalogu poważnych zachorowań Ubezpieczonego;
- 9) **rocznica polisy** – rocznica zawarcia umowy podstawowej, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma takiego dnia, ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym rocznica ta przypada;
- 10) **rok polisy** – 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty początku obowiązywania umowy podstawowej oraz każdy kolejny 12-miesięczny okres rozpoczynający się od daty rocznicy polisy;
- 11) **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: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie 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, w szczególności 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, snowboarding akrobatyczny, akrobacje motorowodne, bieganie z pokonywaniem przeszkód jak parkour, żeglarstwo morskie i oceaniczne, 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;
- 12) **suma ubezpieczenia** – wskazana w polisie kwota, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczeń;
 - 13) **trwałe inwalidztwo** – którekolwiek z poniższych naruszenie sprawności organizmu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem:
 - utrata wzroku w obu oczach,
 - całkowita utrata słuchu,
 - niedowład czterokończynowy,
 - utrata mowy,
 - utrata obu kończyn dolnych lub obu podudzi,
 - utrata obu kończyn górnych lub obu przedramion,
 - utrata ramienia,
 - utrata przedramienia,
 - utrata kończyny dolnej powyżej kolana,
 - utrata kończyny dolnej poniżej kolana,
 - utrata wzroku w jednym oku,
 - utrata dłoni,
 - utrata stopy;
 - 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie OWUD; z tego tytułu należna jest nam składka dodatkowa, a świadczenia ustalane są w oparciu o sumę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń objętych umową dodatkową;
 - 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU, a w przypadku rozszerzenia jej zakresu, również na podstawie wybranego zakresu pakietowego; z tego tytułu należna jest nam składka podstawowa;
 - 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi; z tytułu umowy ubezpieczenia należna jest nam składka łączna;
 - 17) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci;
 - 18) **wartość wykupu** – kwota, jaką wypłacimy Ci w przypadku rozwiązania umowy podstawowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta, z przyczyn innych niż śmierć Ubezpieczonego lub odstąpienie przez Ciebie od umowy podstawowej; jej wysokość ustalamy jako wskazany w Tabeli współczynników wykupu procent wpłaconych należnych składek bazowych;

- 19) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia, liczona w dniu podpisania wniosku ubezpieczeniowego; w każdą rocznicę polisy liczba ta zwiększana jest o 1 (jeden);
- 20) **wniosek ubezpieczeniowy** – dokument, w którym deklarujesz chęć zawarcia z nami umowy ubezpieczenia;
- 21) **zakres bazowy** – zakres, w jakim udzielamy ochrony na podstawie niniejszych OWU; z tego tytułu należna jest nam składka bazowa, a świadczenia ustalane są na podstawie bazowej sumy ubezpieczenia;
- 22) **zakres pakietowy** – zakres, w jakim udzielamy ochrony na podstawie wybranego przez Ciebie Pakietu; z tego tytułu należna jest nam składka pakietowa, a świadczenia ustalane są na podstawie sumy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń objętych Pakietem.

XII. Postanowienia końcowe

O czym jeszcze powinieneś wiedzieć?

- 1) Korespondencja, którą wysyłamy do Ciebie, Ubezpieczonego lub Uposażonego przekazywana jest pisemnie pod ostatni wskazany adres Twój, Ubezpieczonego lub Uposażonego lub w innej formie zaakceptowanej przez strony lub przewidzianej przez przepisy prawa.
- 2) Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
- 3) Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
- 4) Sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
- 5) Załącznikami do OWU są:
 - a) Katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego,
 - b) Tabela współczynników wykupu.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/22/03/2019 z 22 marca 2019 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 15 kwietnia 2019 r.

Katalog poważnych zachorowań Ubezpieczonego

- 1) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 2) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, spożyciem alkoholu lub niezaleconym przez lekarza zażyciem substancji odurzających;
- 4) **choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania przez nas roszczenia jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa patnobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) **choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel lub prysznic,
 - b) ubieranie się lub rozbieranie,
 - c) jedzenie lub picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- 8) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- 9) **nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)** – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznaną etiologię, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV klasa według NYHA (*New York Heart Classification*); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
 - a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włosniczkach płucnych < 15 mmHg;
 rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowania serca;
- 10) **niedokrwistość aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;
 Ubezpieczony musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u Ubezpieczonego musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych ani odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;
- 11) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- 12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) rak nieinwazyjny (*carcinoma in situ*), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - d) nadmierne rogowacenie (*hyperkeratosis*), rak podstawnkomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 13) **oparzenia** – termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo

- b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
- do oceny powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 14) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 15) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 16) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 17) **przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 18) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) stałej żółtaczki,
- b) wodobrzusza,
- c) encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem spożycia alkoholu lub niezaleconego przez lekarza zażycia leków lub narkotyków;
- 19) **stwardnienie rozsiane** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy,
- b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 20) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i niemożliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej ani pozostającej w związku ze spożyciem alkoholu lub niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków, ani będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 21) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
- c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
- d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 22) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
- b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 23) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 24) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana chorobą; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 25) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS), potwierdzone przez pozytywny wynik dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się; do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędne jest potwierdzenie, że do zarażenia doszło:
- a) podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentyścyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
- b) w drodze kontaktu Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas schronienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej Ubezpieczonego z zainfekowaną krwią;
- ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:
- zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - Ubezpieczony zgłosił zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, w ciągu 24 godzin od jego zajścia,

- testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku,
- serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
- po przebytej ekspozycji Ubezpieczony zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
- w przypadku gdy przed datą zdarzenia będą dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie będzie rekomendowane w zawodzie Ubezpieczonego, były one u niego wykonane;

świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny lub przywróci funkcję układu odpornościowego; Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do podania się badaniu krwi na nasz wniosek;

- 27) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, z jednoczesnym spełnieniem wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
 - przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (*thalassaemia maior*) lub hemofilii;

z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności, jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; Ubezpieczony jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;

- 28) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
- kąpiel lub prysznic,
 - ubieranie się lub rozbieranie,
 - jedzenie lub picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;
- z zakresu ubezpieczenia wykluczone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;
- 29) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego, wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Tabela współczynników wykupu

Okres ubezpieczenia 10–12 lat

Rok polisy	% wpłaconych należnych składek bazowych
1–5	65%
6	70%
7	75%
8	80%
9	85%
10 i następne	90%

Okres ubezpieczenia 13–17 lat

Rok polisy	% wpłaconych należnych składek bazowych
1–5	65%
6–7	70%
8–10	80%
11 i następne	90%

Okres ubezpieczenia 18–22 lat

Rok polisy	% wpłaconych należnych składek bazowych
1–5	65%
6–10	70%
11–15	80%
16 i następne	90%

Okres ubezpieczenia 23–25 lat

Rok polisy	% wpłaconych należnych składek bazowych
1–5	65%
6–10	70%
11–15	80%
16–20	85%
21 i następne	90%



**ZAKRES PAKIETOWY W RAMACH UMOWY PODSTAWOWEJ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
I DOŻYCIE OCHRONA Z GWARANCJĄ KAPITAŁU – WARIANT SOLO**

PAKIET OCHRONA SKŁADKI Z RENTĄ

FORMULARZ DO PAKIETU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I tabela 1 część II pkt 3 ppkt 3)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część III

W zakresie nieuregulowanym w zakresie pakietowym stosujemy postanowienia zawarte w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo.



I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Co ubezpieczamy w ramach zakresu pakietowego?

- 1) W ramach zakresu pakietowego ochroną obejmujemy zdrowie Ubezpieczonego.
- 2) Żebyś mógł zawrzeć z nami umowę podstawową rozszerzoną o zakres pakietowy, musisz być jednocześnie Ubezpieczonym. Jeżeli jesteś przedsiębiorcą, ochroną możemy objąć inną osobę.

- 3) Ubezpieczeniem obejmujemy niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowaną chorobą lub obrażeniami ciała powstałymi w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 4) W tabelach 1 i 2 poniżej wskazane są warunki dotyczące zdarzeń i ich przyczyn, które muszą być spełnione, aby zdarzenia te były objęte ubezpieczeniem. Świadczenia wypłacimy w przypadku wystąpienia zdarzenia wskazanego w tych tabelach.

2. Czym jest niezdolność do pracy?

Tabela 1

Niezdolność do pracy to:	Wymagane warunki do spełnienia		Wyjątki do wymaganych warunków
	dzień powstania niezdolności do pracy	potwierdzenie niezdolności do pracy	
czasowa niezdolność do pracy lub	91. dzień nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy spowodowanej tą samą przyczyną	<ul style="list-style-type: none"> ■ zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, wystawione zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, uprawniające do pobierania wynagrodzenia chorobowego lub zasiłku chorobowego, lub ■ decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uprawniająca do pobierania świadczenia rehabilitacyjnego, lub ■ decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzająca czasową niezdolność do pracy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ jeżeli Ubezpieczony nie ma prawa do ubiegania się o wydanie wskazanego w kolumnie obok dokumentu potwierdzającego niezdolność do pracy, jest ona ustalana na podstawie dokumentacji medycznej lub badań medycznych przeprowadzonych przez wskazanego przez nas lekarza; ■ jeżeli Ubezpieczony nabył prawo do świadczenia emerytalnego, niezdolnością do pracy jest niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania co najmniej 4 z 6 podstawowych czynności życia codziennego: <ol style="list-style-type: none"> a) kąpanie się, b) ubieranie się i rozbieranie, c) korzystanie z toalety, d) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, e) samodzielne jedzenie, f) kontrolowanie wydalania moczu i stolca
całkowita i trwała niezdolność do pracy	dzień uznania Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres co najmniej 12-miesięczny; niezdolność do pracy musi być nieprzerwana i spowodowana tą samą przyczyną	decyzja Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzająca całkowitą niezdolność do pracy na okres co najmniej 12 miesięcy	<ul style="list-style-type: none"> ■ jeżeli Ubezpieczony nie ma prawa do ubiegania się o wydanie decyzji wskazanej w kolumnie obok, całkowita i trwała niezdolność do pracy jest ustalana na podstawie dokumentacji medycznej lub badań medycznych przeprowadzonych przez wskazanego przez nas lekarza; wówczas dniem powstania całkowitej i trwałej niezdolności do pracy jest 181. dzień nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy, o ile całkowita niezdolność do pracy jest ustalona przez wskazanego przez nas lekarza na okres co najmniej 12 miesięcy; ■ jeżeli Ubezpieczony nabył prawo do świadczenia emerytalnego, wówczas dniem powstania całkowitej i trwałej niezdolności do pracy jest 181. dzień nieprzerwanego trwania niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania co najmniej 4 z 6 podstawowych czynności życia codziennego: <ol style="list-style-type: none"> a) kąpanie się, b) ubieranie się i rozbieranie, c) korzystanie z toalety, d) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, e) samodzielne jedzenie, f) kontrolowanie wydalania moczu i stolca, o ile stan ten nie rokuje poprawy w ciągu najbliższych 12 miesięcy

Tabela 2

Zdarzenie	Wystąpienie zdarzenia	Przyczyna zdarzenia	Wystąpienie przyczyny zdarzenia
Czasowa niezdolność do pracy 91. dzień nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy	w czasie udzielania przez nas ochrony	choroba	choroba została rozpoznana w czasie udzielania przez nas ochrony
		obrażenia ciała powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku	nieszczęśliwy wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony
Całkowita i trwała niezdolność do pracy Rozpoczęcie trwającej co najmniej 12 miesięcy całkowitej i trwałej niezdolności do pracy	w czasie udzielania przez nas ochrony	choroba	choroba została rozpoznana w czasie udzielania przez nas ochrony
		obrażenia ciała powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku	nieszczęśliwy wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony

Koszty zleconych przez nas badań medycznych, związanych z ustaleniem niezdolności do pracy, pokrywamy my.

3. Jak potwierdzamy niezdolność do pracy i jej ciągłość?



PRZYDATNE POJĘCIE

Składka łączna – to składka należna z tytułu całej umowy ubezpieczenia, czyli umowy podstawowej i umów dodatkowych. Jest sumą składki podstawowej i składek dodatkowych.

- 1) Jeżeli powstaną wątpliwości co do wystąpienia lub ciągłości niezdolności Ubezpieczonego do pracy, możemy skierować go na badania medyczne. Koszty tych badań pokrywamy my.
- 2) Ubezpieczony ma obowiązek dostarczyć nam dokumenty potwierdzające ciągłość czasowej niezdolności do pracy. Jeżeli tego nie zrobi, to po upływie okresu niezdolności do pracy potwierdzonego złożonymi nam dokumentami masz obowiązek opłacania składki łącznej od najbliższego terminu opłacania składki.

II. Świadczenia

1. Czy będziesz musiał opłacać składkę w przypadku niezdolności Ubezpieczonego do pracy?

W przypadku niezdolności Ubezpieczonego do pracy nie będziesz musiał opłacać składki łącznej, przejmemy za Ciebie ten obowiązek. Nie będziemy jednak opłacać składek z tytułu dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej oraz dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych AXA MEDI – te umowy rozwiążą się od dnia, od którego zaczniemy opłacać za Ciebie składki.

2. Przez jaki okres będziemy opłacać za Ciebie składkę łączną?

- 1) Zaczniemy opłacać za Ciebie składkę od najbliższego terminu jej opłacania po powstaniu niezdolności Ubezpieczonego do pracy.
- 2) W przypadku czasowej niezdolności do pracy opłacimy za Ciebie wszystkie składki łączne, których termin opłacania przypada w czasie trwania tej niezdolności.
- 3) W przypadku całkowitej i trwałej niezdolności do pracy będziemy opłacać za Ciebie składkę łączną do końca obowiązywania umowy podstawowej.

3. Komu i jakie świadczenie wypłacimy w przypadku całkowitej i trwałej niezdolności do pracy?

- 1) Ubezpieczonemu będziemy płacili świadczenie okresowe w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli stał się całkowicie i trwale niezdolny do pracy.
- 2) Świadczenie będziemy wypłacać co miesiąc do końca miesiąca kalendarzowego, przez 5 lat, jednak nie dłużej niż do ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

4. Czy przejście przez nas opłacania składki wpłynie na częstotliwość jej opłacania?

Jeżeli wybrześ inną niż miesięczna częstotliwość, to od pierwszego terminu, w którym zapłacimy za Ciebie składkę, zmienimy częstotliwość opłacania składki na miesięczną.

III. Wyłączenia z ubezpieczenia

W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z całego zakresu pakietowego?

- 1) W przypadkach które wskazaliśmy w części IX OWU jako Wyłączenia z ubezpieczenia, nie udzielamy również ochrony z tytułu zakresu pakietowego.
- 2) Nie udzielamy również ochrony z tytułu zakresu pakietowego, jeżeli niezdolność do pracy powstała w wyniku:
 - a) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich lub jeśli nie wyrazi on zgody na standardowe i powszechnie uznane procedury medyczne,
 - b) choroby psychicznej Ubezpieczonego, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
 - c) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - d) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego,
 - e) wady wrodzonej Ubezpieczonego,
 - f) chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej,
 - g) chorób, których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 10 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej.

IV. Rozwiązanie zakresu pakietowego

W jakiej sytuacji zakres pakietowy rozwiąże się?

Poza przypadkami które wskazaliśmy w części II pkt 4 OWU, zakres pakietowy rozwiąże się w dniu wypłaty pierwszego świadczenia okresowego w związku z całkowitą i trwałą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy.

Zakres pakietowy dla Pakietu Ochrona Składki z Rentą został zatwierdzony uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/22/03/2019 z 22 marca 2019 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 15 kwietnia 2019 r.



ZAKRES PAKIETOWY W RAMACH UMOWY PODSTAWOWEJ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE OCHRONA Z GWARANCJĄ KAPITAŁU – WARIANT SOLO

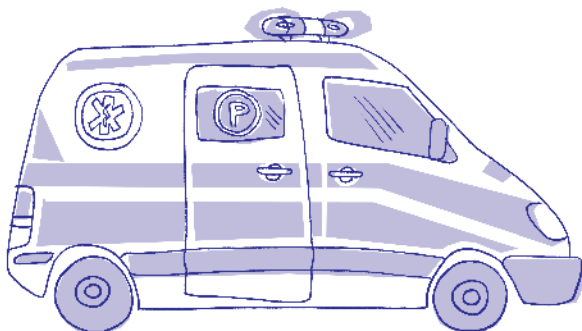
PAKIET WYPADKOWY

FORMULARZ DO PAKIETU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I część IV tabela 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część III

W zakresie nieuregulowanym w zakresie pakietowym stosujemy postanowienia zawarte w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo. Wszystkie załączniki do zakresu pakietowego zostały wymienione w części V.



I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Co ubezpieczamy w ramach zakresu pakietowego?

- 1) W ramach zakresu pakietowego ochroną obejmujemy życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- 2) W tabeli 1 wskazane są warunki dotyczące zdarzeń i ich przyczyn, które muszą być spełnione, aby zdarzenia te były objęte ubezpieczeniem. Świadczenia wypłacimy w przypadku wystąpienia zdarzenia wskazanego w tej tabeli.

II. Świadczenia

1. Komu i jakie świadczenia należne są z zakresu pakietowego?



PRZYDATNE POJĘCIE

Uposażony – to osoba wskazana przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci.

Świadczenia i osoby, którym je wypłacimy wskazuje tabela 2.

Tabela 1

Zdarzenie	Wystąpienie zdarzenia	Przyczyna zdarzenia	Wystąpienie przyczyny zdarzenia
Śmierć Ubezpieczonego	w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku	nieszczęśliwy wypadek	wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony
Śmierć Ubezpieczonego	w ciągu 12 miesięcy od daty wypadku komunikacyjnego	wypadek komunikacyjny	wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego	w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku	nieszczęśliwy wypadek	wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała	pobyt rozpoczął się w czasie udzielania przez nas ochrony	nieszczęśliwy wypadek	wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony

Tabela 2

Zdarzenie	Świadczenie	
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Uposażonemu 100% sumy ubezpieczenia	
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	Uposażonemu 100% sumy ubezpieczenia	
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, pomnożone przez współczynnik progresji, zgodnie z poniższą tabelą:	
	Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego	Współczynnik progresji
	0,5–19,5%	1
	20–49,5%	2
	50–79,5%	3
80–100%	4	
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	

2. Jakie zasady obowiązują przy realizacji świadczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego?

- 1) Świadczenie zrealizujemy pod warunkiem, że Ubezpieczony przeżył co najmniej 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 2) Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Jeżeli na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej nie możemy ustalić procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, kierujemy Ubezpieczonego na badania medyczne, które wykonuje wskazany przez nas lekarz. Koszty takiego badania pokrywamy my.
- 4) Niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w danym roku polisy, wartości procentowe przypisane do poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała po zsumowaniu nie mogą przekroczyć 100%.



PRZYKŁAD

W wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony utracił stopę w całości, co zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku stanowi 45% uszczerbku. Przy takim uszczerbku kwotę świadczenia podwyższymy dwukrotnie zgodnie ze współczynnikiem progresji dla takiej wysokości uszczerbku wskazanym w tabeli 2.

Suma ubezpieczenia wskazana w polisie Ubezpieczonego to 70 000 zł. Oznacza to, że wypłata jaką otrzyma będzie równa:

70 000 zł x 45% x 2, czyli 63 000 zł

3. Jakie zasady obowiązują przy realizacji świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu?

- 1) Świadczenie wypłacimy, jeżeli pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku został potwierdzony dokumentacją medyczną i trwał nieprzerwanie co najmniej 1 dzień.
- 2) Okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala; przyjęcie i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.



PRZYKŁAD

Jeśli Ubezpieczony został przyjęty do szpitala 1 października 2019 r., a wypisano go z niego 5 października 2019 r., to pobyt w szpitalu trwał 5 dni.

- 3) Limit naszej odpowiedzialności stanowi świadczenie za maksymalnie 100 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w danym roku polisy, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w czasie udzielania przez nas ochrony i wykracza poza:
 - a) dany rok polisy lub
 - b) okres udzielania przez nas ochrony,
 przysługuje limit naszej odpowiedzialności jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku polisy, w którym pobyt w szpitalu się rozpoczął.
- 4) Jeżeli pobyt w szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, po każdym 30-dniowym okresie pobytu w szpitalu możemy wypłacić na wniosek Ubezpieczonego odpowiednią część kwoty należnej za cały pobyt.

III. Wyłączenia z ubezpieczenia

1. W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z całego zakresu pakietowego?

W przypadkach które wskazaliśmy w części IX OWU jako Wyłączenia z ubezpieczenia, nie udzielamy również ochrony z tytułu zakresu pakietowego.

2. W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu?

- 1) Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się przed datą początku obowiązywania umowy podstawowej.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt ten miał na celu:
 - a) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w czasie udzielania przez nas ochrony,
 - b) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
 - c) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań obrazowych oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała Ubezpieczonego,
 - d) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic,
 - e) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - f) leczenie wad wrodzonych.



IV. Słownik pojęć

Co rozumiemy przez poszczególne pojęcia pojawiające się w Pakiecie?

Pojęcia, które zdefiniowaliśmy w zakresie bazowym, mają takie samo znaczenie w zakresie pakietowym, chyba że poniżej nadano im inne znaczenie.

- 1) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału ani pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków, leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka lub szpitala uzdrowiskowego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 2) **uszczerbek lub uszkodzenia ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzystą,
 - c) pieszy.

V. Postanowienia końcowe

O czym jeszcze powinieneś wiedzieć?

Załącznikiem do zakresu pakietowego jest Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego.

Zakres pakietowy dla Pakietu Wypadkowego został zatwierdzony uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/22/03/2019 z 22 marca 2019 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 15 kwietnia 2019 r.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała Ubezpieczonego

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń);

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

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy od 5 do 7 cm długości	1
b) rany od 8 do 12 cm długości	3
c) rany powyżej 12 cm długości	10
d) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 3 cm ²	3
b) od 3 do 10 cm ²	7
c) od 11 do 50 cm ²	10
d) powyżej 50 cm ²	20
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) błoczkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

B. USZKODZENIA TWARZY

6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) rany skóry twarzy od 2 do 6 cm długości	1
b) rany skóry twarzy od 7 do 11 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 12 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
7. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamanie kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30

8. Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
---	-----

9. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
---	---

Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.

10. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odtamów	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 odtamów	6
b) złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamanie	1

13. Ubytek podniebienia	15
--------------------------------	----

14. Urazy języka:	
a) rana języka zaopatrzona chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)

15. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

16. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drążących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
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

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

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 powyżej 1 cm, oparzenia i odmrożenia	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	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

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

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

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

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

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 od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	
29. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	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	2
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 naktucia 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 od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewowej	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-PĘCIOWYCH	
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	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
45. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46. Uszkodzenia prącia:	
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
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	3
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i 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	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

53. Rozejście się spojenia łonowego	5
54. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
55. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

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

56. Złamanie panewki stawu biodrowego:

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

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

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

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

58. Złamania łopatki:

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

OBOJCZYK

59. Złamania obojczyka:

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

60. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

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

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

d) złamania jednojeściowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15

62. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym

63. Utrata kończyny wraz z łopatką

RAMIĘ

64. Złamanie trzonu kości ramiennej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednojeściowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

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

a) rany powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3

66. Utrata kończyny w obrębie ramienia

STAW ŁOKCIOWY

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

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

68. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ

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

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b) złamania jednojeściowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2

70. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednojeściowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2

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

a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2

72. Utrata kończyny w obrębie przedramienia

73. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka

NADGARSTEK

74. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5
e) skręcenia	1
75. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50

ŚRÓDRĘCZE

76. Złamania kości śródreżca:	
a) I kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreżca:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1

KCIUK

77. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany kciuka powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2

PALEC WSKAZUJĄCY

79. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	2
c) utrata paliczka środkowego	8
d) utrata trzech paliczków	10
e) utrata wskaziciela z kością śródreżca	11
80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4

b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

81. 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

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

a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 4 cm	1
v) uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vi) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	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 nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.

**WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA**

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ
STAW BIODROWY
83. Utrata kończyny dolnej:

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

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

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

UDO
85. Złamanie kości udowej:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcinków	8
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3

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

a) rany skórne uda lub pośladka powyżej 7 cm długości	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8

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

a) skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b) skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcinków	10
e) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f) inne złamania	3

88. Złamania rzepki:

a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcinków	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

89. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):

a) uszkodzenie łątki przysródkowej	3
b) uszkodzenie łątki bocznej	3
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5

**WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA**

d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przysródkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4

90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego 50

PODUDZIE
91. Złamanie kości podudzia:

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcinków	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3

92. Izolowane złamanie kości strzałkowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcinków	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:

a) rany skórne powyżej 7 cm długości	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	3
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2

94. Utrata kończyny w obrębie podudzia:

a) przy długości kikutu do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45

STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA
95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:

a) skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
b) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) złamanie kostki przysródkowej z przemieszczeniem	5
f) złamanie kostki przysródkowej bez przemieszczenia	3
g) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6

96. Złamania kości skokowej:

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcinków	8
b) złamania wieloodłamowe	5

Pakiet Wypadkowy

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

c) inne złamania	3
97. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4
98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
99. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2
100. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b) rany podeszwy stopy	2
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25

PALCE STOPY

106. Uszkodzenie palucha:	
a) rana palucha powyżej 3 cm długości	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	9
107. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
108. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
109. Utrata palców stopy II-V (każdy)	2
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
111. Utrata palca V z kością śródstopia	4
112. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

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. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

113. 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-skrórnego:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójętowego ramienia:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójętowego 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

	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA
ii) całkowite	20
l) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnjej):	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
m) spłotu barkowego części podobojczykowej (dólnej):	
i) częściowe	7
ii) całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	15
o) nerwu zaślónowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	15
p) nerwu udowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
q) nerwów poślądkowych (górnego i dólnej):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnej:	
i) częściowe	3
ii) całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	50

	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA
t) nerwu piszczelowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i) częściowe	5
ii) całkowite	20
v) spłotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	10
ii) całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	10

N. INNE

114. Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
115. Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
116. Inne oparzenia I i II stopnia	0,5
117. Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5

* Leczenie – oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznany urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4) ponowną wizytę. Jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznany urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji).

Niniejsza Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała została zatwierdzona uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/12/06/2017 z 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.



ZAKRES PAKIETOWY W RAMACH UMOWY PODSTAWOWEJ UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
I DOŻYCIE OCHRONA Z GWARANCJĄ KAPITAŁU – WARIANT SOLO

PAKIET OCHRONA DZIECKA

FORMULARZ DO PAKIETU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I tabela 1 część II pkt 2 ppkt 1), 9) i 10) część V
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część II pkt 2 ppkt 3) część II pkt 3 ppkt 2)–4) część II pkt 4 ppkt 1), 3) i 4) część II pkt 5 ppkt 1) i 4) część III

W zakresie nieuregulowanym w zakresie pakietowym stosujemy postanowienia zawarte w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo. Wszystkie załączniki do zakresu pakietowego zostały wymienione w części VI.



I. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Kogo możemy objąć ubezpieczeniem?

Ubezpieczeniem możemy objąć dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu podpisania wniosku ma nie więcej niż 15 lat, a w dniu zakończenia obowiązywania umowy podstawowej nie więcej niż 25 lat.

2. Co ubezpieczamy w ramach zakresu pakietowego?

1) W ramach zakresu pakietowego ochroną obejmujemy zdrowie dziecka.

2) W tabeli 1 wskazane są warunki dotyczące zdarzeń i ich przyczyn, które muszą być spełnione, aby zdarzenia te były objęte ubezpieczeniem. Świadczenia wypłacimy w przypadku wystąpienia zdarzenia wskazanego w tej tabeli.

II. Świadczenia

1. Komu i jakie świadczenia należne są z zakresu pakietowego?

Świadczenia i osoby, którym je wypłacimy wskazuje tabela 2.

Tabela 1

Zdarzenie	Wystąpienie zdarzenia	Wystąpienie przyczyny zdarzenia
Poważne zachorowanie dziecka	w czasie udzielania przez nas ochrony	choroba wskazana w Katalogu poważnych zachorowań dziecka została rozpoznana po raz pierwszy w czasie udzielania przez nas ochrony; zabieg wskazany w Katalogu poważnych zachorowań dziecka został przeprowadzony oraz postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się w czasie udzielania przez nas ochrony
Operacje medyczne dziecka	w czasie udzielania przez nas ochrony	choroba została rozpoznana w czasie udzielania przez nas ochrony; nieszczęśliwy wypadek, który spowodował obrażenia ciała wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony
Pobyt dziecka w szpitalu	pobyt w celu leczenia choroby rozpoczął się w czasie udzielania przez nas ochrony i po ukończeniu przez dziecko 1. roku życia	choroba została rozpoznana w czasie udzielania przez nas ochrony
	pobyt w celu leczenia obrażeń ciała rozpoczął się w czasie udzielania przez nas ochrony	nieszczęśliwy wypadek, który spowodował obrażenia ciała wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka	w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku	nieszczęśliwy wypadek wystąpił w czasie udzielania przez nas ochrony

Tabela 2

Zdarzenie	Świadczenie	
Poważne zachorowanie dziecka	Ubezpieczonemu 100% sumy ubezpieczenia	
	dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów do limitu wskazanego w polisie	
Operacje medyczne dziecka	Ubezpieczonemu w zależności od klasy operacji medycznej, wskazany procent sumy ubezpieczenia: a) 1. klasa – 100% b) 2. klasa – 60% c) 3. klasa – 25% d) 4. klasa – 10%	
Pobyt dziecka w szpitalu	Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu, w zależności od przyczyny tego pobytu, suma ubezpieczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu: a) w celu leczenia choroby, b) w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku	
Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka	Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka, pomnożone przez współczynnik progresji, zgodnie z poniższym:	
	Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka	Współczynnik progresji
	0,5–19,5%	1
	20–49,5%	2
	50–79,5%	3
80–100%	4	

2. Jakie zasady obowiązują przy realizacji świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka?

- 1) W przypadku gdy przyznamy świadczenie z tytułu poważnego zachorowania dziecka, należne jest również świadczenie polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu wskazanego w polisie.
- 2) Dziecko może korzystać z konsultacji lekarzy specjalistów od następnego dnia roboczego po przyznaniu świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka, przez kolejnych 12 miesięcy.
- 3) Świadczenia zrealizujemy pod warunkiem, że dziecko przeżyło co najmniej 1 miesiąc od:
 - a) rozpoznania choroby wskazanej w Katalogu poważnych zachorowań dziecka,
 - b) wykonania zabiegu, wskazanego w tym Katalogu.
- 4) Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może korzystać w placówkach naszego partnera medycznego; wykaz tych placówek zamieściliśmy na naszej stronie www.axa.pl. Informację o nich możesz również uzyskać za pośrednictwem naszej infolinii medycznej. Z naszą infolinią należy ustalić termin takiej konsultacji.
- 5) Konsultacje z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej zrealizujemy w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia nam takiej potrzeby.
- 6) Konsultacje w zakresie pozostałych specjalizacji zrealizujemy w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia nam takiej potrzeby.
- 7) Gwarancja powyższych 3- i 5-dniowych terminów dotyczy danej specjalizacji, a nie wskazanego lekarza lub placówki medycznej.
- 8) Nie wymagamy skierowania do odbycia konsultacji.
- 9) W celu skorzystania z konsultacji należy:
 - a) w uzgodnionym terminie zgłosić się z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej,
 - b) przedstawić dokument tożsamości ze zdjęciem,
 - c) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
- 10) Dziecko może również skorzystać z placówki medycznej dowolnie wybranej, jeżeli za pośrednictwem naszej infolinii medycznej wyraziliśmy na to zgodę. W takim przypadku zwrócimy koszt konsultacji do kwoty limitu refundacyjnego określonego w polisie.
- 11) Poniesiony koszt konsultacji zwrócimy w ciągu 10 dni roboczych od otrzymania wniosku. Dodatkowo należy złożyć wskazane w formularzu wniosku dokumenty i faktury lub rachunki za odbyte konsultacje.

3. Jakie zasady obowiązują przy realizacji świadczenia z tytułu operacji medycznej dziecka?

- 1) Klasę operacji ustalamy zgodnie z Tabelą operacji medycznych dziecka.
- 2) Niezależnie od liczby operacji medycznych przeprowadzonych w związku z leczeniem tej samej choroby lub tych samych obrażeń ciała dziecka w tym samym dniu lub w okresie kolejnych 60 dni wypłacimy tylko jedno świadczenie, o najwyższej wysokości.
- 3) Nie wypłacimy świadczenia z tytułu operacji medycznej, jeżeli dziecko zmarło w czasie operacji lub w ciągu 30 dni od jej przeprowadzenia.
- 4) Suma świadczeń z tytułu operacji medycznych dziecka w danym roku polisy, liczona jako suma procentów ustalanych zgodnie ze wskazanymi wyżej klasami operacji, nie może przekroczyć 100%.

4. Jakie zasady obowiązują przy realizacji świadczenia z tytułu pobytu dziecka w szpitalu?

- 1) Świadczenie wypłacimy, jeżeli pobyt w szpitalu został potwierdzony dokumentacją medyczną i trwał nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 1 dzień – w przypadku pobytu w szpitalu wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

- b) 4 dni – w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby.
- 2) Okres pobytu w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala; przyjęcie i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia.



PRZYKŁAD

Jeśli dziecko zostało przyjęte do szpitala 1 października 2019 r., a wypisane z niego 5 października 2019 r., to pobyt w szpitalu trwał 5 dni.

- 3) Jeżeli w trakcie tego samego pobytu w szpitalu dziecko zostało podane leczeniu zarówno choroby, jak i obrażeń ciała, wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, w wysokości ustalonej na podstawie wyższej z sum ubezpieczenia.
- 4) Limit naszej odpowiedzialności stanowi świadczenie za maksymalnie 100 dni pobytu dziecka w szpitalu w danym roku polisy, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w czasie udzielania przez nas ochrony i wykracza poza:
 - a) dany rok polisy lub
 - b) okres udzielania przez nas ochrony,przysługuje limit naszej odpowiedzialności jak w zdaniu pierwszym i jest wliczany do limitu z roku polisy, w którym pobyt w szpitalu się rozpoczął.
- 5) Jeżeli pobyt w szpitalu trwa dłużej niż 30 dni, po każdym 30-dniowym okresie pobytu w szpitalu możemy wypłacić na wniosek Ubezpieczonego odpowiednią część kwoty należnej za cały pobyt.

5. Jakie zasady obowiązują przy realizacji świadczenia z tytułu uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka?

- 1) Świadczenie zrealizujemy pod warunkiem, że dziecko przeżyło co najmniej 7 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
- 2) Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Jeżeli na podstawie otrzymanej dokumentacji medycznej nie możemy ustalić procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, kierujemy dziecko na badania medyczne, które wykonuje wskazany przez nas lekarz. Koszty takiego badania pokrywamy my.
- 4) Niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w danym roku polisy wartości procentowe przypisane do poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała po zsumowaniu nie mogą przekroczyć 100%.

III. Wyłączenia z ubezpieczenia

1. W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z całego zakresu pakietowego?

- 1) W przypadkach które wskazaliśmy w części IX OWU jako Wyłączenia z ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego, nie udzielamy również ochrony w odniesieniu do dziecka z tytułu zakresu pakietowego.
- 2) Dodatkowo, w odniesieniu do poszczególnych zdarzeń objętych zakresem pakietowym, stosujemy wyłączenia z ubezpieczenia wskazane poniżej.

2. W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z tytułu poważnych zachorowań?

- 1) Ubezpieczenie nie obejmuje chorób wskazanych w Katalogu poważnych zachorowań dziecka:
 - a) które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej lub przed upływem 3 miesięcy po zawarciu umowy podstawowej,

- b) których objawy zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wskazanych w Katalogu poważnych zachorowań dziecka wynikających z:
 - a) chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej lub przed upływem 3 miesięcy po zawarciu umowy podstawowej,
 - b) objawów chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w okresie 5 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej,
 - c) wad wrodzonych dziecka.
- 3) Nie zrealizujemy żadnych świadczeń z tytułu poważnych zachorowań dziecka, jeżeli poważne zachorowanie jest następstwem choroby AIDS lub zakażenia dziecka wirusem HIV lub zostało zdiagnozowane przed upływem miesiąca od daty zdiagnozowania poprzedniego poważnego zachorowania.
- 4) Świadczenia z tytułu poważnych zachorowań dziecka zrealizujemy wyłącznie w związku z jednym poważnym zachorowaniem w obrębie każdej z poniższych grup:
 - a) grupa 1: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, dystrofia mięśniowa, łagodny guz rdzenia, paraliż, guzy śródczaszkowe, zapalenie mózgu, tężec,
 - b) grupa 2: niewydolność nerek, przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, przeszczep narządu, niewydolność wątroby,
 - c) grupa 3: nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami, operacja zastawki serca,
 - d) grupa 4: utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku,
 - e) grupa 5: sepsa (*sepsis*), śpiączka, ciężkie oparzenia, cukrzyca, inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp).

3. W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z tytułu operacji medycznych dziecka?

- 1) Ubezpieczenie nie obejmuje operacji medycznych dziecka:
 - a) dla których wskazania ustalono lub dla których termin wykonania wyznaczono przed początkiem obowiązywania umowy podstawowej,
 - b) wynikających z chorób rozpoznanych lub obrażeń ciała zaistniałych w okresie 5 lat poprzedzających zawarcie umowy podstawowej,
 - c) mających na celu leczenie choroby, przeprowadzonych przed upływem 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy podstawowej.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje operacji medycznych dziecka, jeśli choroba lub obrażenia ciała są następstwem:
 - a) zabiegów diagnostycznych,
 - b) wad wrodzonych,
 - c) pobrania organów i tkanek od dziecka jako dawcy,
 - d) poddania się przez dziecko operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległo dziecko w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej,
 - e) korekty ostrości wzroku dziecka,
 - f) chirurgicznej zmiany płci dziecka,
 - g) leczenia niepłodności dziecka,
 - h) sterylizacji, podwiązania i przecięcia jajowodów oraz antykoncepcji operacyjnej,
 - i) chirurgii szczękowej, włączając wszczepienie zębów, i innych zabiegów stomatologicznych,
 - j) chirurgii zwiadowczej i eksperymentalnej,
 - k) poddania się przez dziecko eksperymentowi medycznemu,
 - l) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV dziecka.

4. W jakich sytuacjach nie udzielamy ochrony z tytułu pobytu dziecka w szpitalu?

- 1) Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu:
 - a) który rozpoczął się przed datą początku obowiązywania umowy podstawowej,
 - b) który rozpoczął się przed upływem 3 miesięcy od daty początku obowiązywania umowy podstawowej, jeżeli jego celem było leczenie choroby,
 - c) w celu leczenia choroby, której przyczyną zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono w okresie 5 lat poprzedzających datę początku obowiązywania umowy podstawowej,
 - d) w celu leczenia obrażeń ciała, będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 5 lat poprzedzających datę początku obowiązywania umowy podstawowej,
 - e) związanego z porodem fizjologicznym.
- 2) Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu dziecka w szpitalu, jeśli pobyt ten miał na celu:
 - a) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, któremu uległo dziecko w czasie udzielania przez nas ochrony,
 - b) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych,
 - c) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań obrazowych oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała dziecka,
 - d) leczenie dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwicy,
 - e) leczenie choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - f) leczenie wad wrodzonych.

IV. Rozwiązanie zakresu pakietowego

W jakiej sytuacji zakres pakietowy rozwiąże się?

Poza przypadkami które wskazaliśmy w części II pkt 4 OWU, zakres pakietowy rozwiąże się w dniu śmierci dziecka.



V. Słownik pojęć

Co rozumiemy przez poszczególne pojęcia pojawiające się w Pakiecie?

Pojęcia, które zdefiniowaliśmy w zakresie bazowym, mają takie samo znaczenie w zakresie pakietowym, chyba że poniżej nadano im inne znaczenie.

- 1) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (w szczególności alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 2) **operacja medyczna** – zabieg leczniczy wymagający przecięcia tkanek, wymieniony w Tabeli operacji medycznych dziecka, przeprowadzony w placówce medycznej przez lekarza, w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, metodą otwartą, laparoskopową, torakoskopową, endoskopową, przezskórną lub wewnątrznaczyniową;
- 3) **partner medyczny** – operator medyczny współpracujący z nami w zakresie realizacji świadczeń;
- 4) **poważne zachorowanie dziecka** – jedna z wymienionych chorób lub zabieg wskazane w Katalogu poważnych zachorowań dziecka;

- 5) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału ani pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków, leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka lub szpitala uzdrowiskowego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 6) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku;

VI. Postanowienia końcowe

O czym jeszcze powinieneś wiedzieć?

Załącznikami do zakresu pakietowego są:

- a) Katalog poważnych zachorowań dziecka,
- b) Tabela operacji medycznych dziecka,
- c) Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka.

Zakres pakietowy dla Pakietu Ochrona Dziecka został zatwierdzony uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/22/03/2019 z 22 marca 2019 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 15 kwietnia 2019 r.

Katalog poważnych zachorowań dziecka

- 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziesiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 2) **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, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
- 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
- 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wyłączeniu podlegają torbiele, ziarniak, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
- 5) **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; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią utraty lub zaburzeń funkcji organów lub narządów, zaburzeń lub opóźnień w procesie uczenia się, porażen lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie ICHp oraz jej trwałych następstw winno być potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- 6) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwały ubytek neurologiczny; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; wykluczone z odpowiedzialności są: nowotwory złośliwe, torbiele, ziarniniaki, ropnie, krwiaki, malformacje naczyniowe, guzy zewnątrzoponowe, guzy kości, gruźlica i urazy kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatie;
- 7) **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;
- 8) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- 9) **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 potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia choroby; wykluczeniu podlegają nowotwory in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
- 10) **operacja zastawki serca** – przeprowadzana w okresie ochrony operacja na otwartym sercu, mająca na celu każdy rodzaj plastyki zastawek jako konsekwencję wad zastawkowych serca; świadczenie nie obejmuje zabiegów wykonywanych wewnątrzkrążyniowo;
- 11) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna i nieuleczalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez nas; wykluczone z odpowiedzialności są niedowłady kończyn;
- 12) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 13) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał anty HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 14) **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 OWU za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakterie, wirusy i grzyby oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;

- 15) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 16) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
 - bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - uogólnionych skurczów
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze; rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 17) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku; warunkiem uznania roszczenia jest utrata kończyn co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;

- 18) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna, utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie i rokowanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; wykluczona z odpowiedzialności jest utrata mowy spowodowana zaburzeniami psychicznymi;
- 19) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o badania obiektywne słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 20) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 21) **zapalenie mózgu** – potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku), skutkujące trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy; wykluczone jest zapalenie mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 22) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włośnikowe, 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.

Tabela operacji medycznych dziecka

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI	RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
1. Układ nerwowy			
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	0119	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	0120	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego
0103	Drenaż okolicy zmiany mózgowej	0121	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego
0104	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	0122	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego
0105	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	0123	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego
0106	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	0124	Usunięcie zmiany opony mózgu
0107	Kraniotomia z usunięciem ropnia podtwardówkowego	0125	Dekortykacja opon
0108	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	0126	Rekonstrukcja opony twardej
0109	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	0127	Proste szycie opony twardej
0110	Lobotomia	0128	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej
0111	Trepanacja czaszki	0129	Drenaż przestrzeni podoponowej
0112	Wszczepienie stymulatora mózgu	0130	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego
0113	Wentrikulostomia	0131	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego
0114	Endoskopowa wentrikulocysternostomia	0132	Wycięcie nerwu obwodowego
0115	Talamotomia	0133	Zniszczenie nerwu obwodowego
0116	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	0134	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego
0117	Przeszczep nerwu czaszkowego	0135	Wycięcie nerwiaka obwodowego (Mortona)
0118	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	0136	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną
		0137	Sympatektomia szyjna

Pakiet Ochrona Dziecka

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
0138 Sympatektomia piersiowa	II
0139 Sympatektomia łędźwiowa	II
2. Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy	
0201 Wycięcie przysadki mózgowej	I
0202 Rozdzielenie szypuły przysadki	II
0203 Zniszczenie przysadki mózgowej	II
0204 Eksploracja w zakresie szyszynki	II
0205 Nacięcie szyszynki	II
0206 Wycięcie szyszynki	II
0207 Całkowite wycięcie tarczycy	II
0208 Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	III
0209 Wycięcie zmiany tarczycy	III
0210 Wycięcie cieśni tarczycy	III
0211 Wycięcie tarczycy językowej	III
0212 Wycięcie przytarczyc	II
0213 Wycięcie grasicy	II
0214 Całkowite wycięcie nadnercza	II
0215 Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	III
0216 Wycięcie zmiany w nadnerczu	III
0217 Częściowe wycięcie sutka	IV
0218 Kwadrantektomia	III
0219 Całkowite wycięcie sutka	II
0220 Całkowita rekonstrukcja sutka	II
0221 Nacięcie sutka	IV
0222 Miejscowe wycięcie zmiany sutka	IV
0223 Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	IV

3. Oko

0301 Wycięcie gałki ocznej	II
0302 Usunięcie zmiany oczodołu	III
0303 Protezowanie gałki ocznej	II
0304 Rewizja protezy gałki ocznej	III
0305 Operacyjna plastyka oczodołu	II
0306 Nacięcie oczodołu	III
0307 Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
0308 Usunięcie zmiany powieki	III
0309 Wycięcie nadmiaru powieki	III
0310 Rekonstrukcja powieki	III
0311 Korekcja deformacji powieki	III
0312 Korekcja opadania powieki	III
0313 Nacięcie powieki	IV
0314 Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	III
0315 Nacięcie torbieli łzowej z drenażem	III
0316 Usunięcie zmiany w zakresie gruczołu łzowego	III
0317 Częściowe wycięcie gruczołu łzowego	III
0318 Całkowite wycięcie gruczołu łzowego	III
0319 Zespolecie dróg łzowych z jamą nosową	II
0320 Nacięcie kanalika łzowego	III
0321 Nacięcie otworu łzowego	III

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
0322 Nacięcie woreczka łzowego	III
0323 Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
0324 Repozycja mięśnia okoruchowego	II
0325 Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
0326 Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
0327 Usunięcie zmiany spojówki	III
0328 Operacja naprawcza spojówki	III
0329 Nacięcie spojówki	IV
0330 Wycięcie zmiany rogówki	III
0331 Plastyka rogówki	III
0332 Operacja naprawcza rogówki	III
0333 Nacięcie rogówki	IV
0334 Usunięcie zmiany twardówki	III
0335 Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	III
0336 Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	III
0337 Nacięcie twardówki	III
0338 Wycięcie tęczówki	III
0339 Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
0340 Nacięcie tęczówki	III
0341 Usunięcie ciała rzęskowego	III
0342 Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	III
0343 Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	III
0344 Nacięcie torebki soczewki oka	III
0345 Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
0346 Operacja ciała szklistego	III
0347 Zniszczenie zmiany siatkówki	III

4. Ucho

0401 Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	II
0402 Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	IV
0403 Plastyka ucha zewnętrznego	III
0404 Drenaż ucha zewnętrznego	IV
0405 Otwarcie wyrostka sutkowatego	III
0406 Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
0407 Drenaż ucha środkowego	III
0408 Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
0409 Usunięcie zmiany ucha środkowego	III
0410 Operacja trąbki Eustachiusza	II
0411 Operacja ślimaka	II
0412 Operacja aparatu przedsionkowego	II

5. Układ oddechowy

0501 Całkowite wycięcie nosa	II
0502 Plastyka nosa	III
0503 Operacja przegrody nosa	IV
0504 Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	IV
0505 Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	IV
0506 Operacja nosa zewnętrznego	IV
0507 Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
0508 Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	IV

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI	RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
0509 Operacja zatoki czołowej	IV	0615 Wycięcie ślinianki przyusznej	III
0510 Operacja zatoki klinowej	IV	0616 Usunięcie zmiany ślinianki	III
0511 Operacja zatoki nosa	IV	0617 Nacięcie gruczołu ślinowego	IV
0512 Wycięcie gardła	II	0618 Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
0513 Szycie rany gardła	IV	0619 Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
0514 Usunięcie zrostów w gardle	III	0620 Podwiązanie przewodu ślinowego	III
0515 Rozszerzanie nosogardzieli	III	0621 Poszerzenie przewodu ślinowego	III
0516 Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	III	0622 Inne operacje przewodu ślinowego	III
0517 Wycięcie krtani	II	0623 Wycięcie przetyku i żołądka	I
0518 Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II	0624 Całkowite wycięcie przetyku	I
0519 Rekonstrukcja krtani	I	0625 Częściowe wycięcie przetyku	III
0520 Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III	0626 Usunięcie zmiany przetyku metodą otwartą	II
0521 Częściowe wycięcie tchawicy	II	0627 Zespoleńie omijające przetyku	II
0522 Plastyka tchawicy	II	0628 Rewizja zespolenia przetyku	III
0523 Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II	0629 Operacja naprawcza przetyku	II
0524 Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	IV	0630 Wytworzenie przetoki przetykowej	II
0525 Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II	0631 Nacięcie przetyku	IV
0526 Częściowe usunięcie oskrzela	III	0632 Operacja żyłaków przetyku metodą otwartą	II
0527 Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV	0633 Wprowadzenie endoprotezy przetyku metodą otwartą	II
0528 Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV	0634 Endoskopowe usunięcie zmiany przetyku metodą fiberoskopową	III
0529 Przeszczep płuca	I	0635 Endoskopowe usunięcie zmiany przetyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III
0530 Całkowite wycięcie płuca	I	0636 Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
0531 Częściowe wycięcie płuca	II	0637 Operacja antyrefluksowa	III
0532 Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	II	0638 Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	IV
0533 Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II	0639 Całkowite wycięcie żołądka	I
0534 Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	III	0640 Częściowe wycięcie żołądka	II
6. Jama ustna i górna część przewodu pokarmowego		0641 Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
0601 Częściowe wycięcie wargi	IV	0642 Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie żołądka	IV
0602 Usunięcie zmiany wargi	IV	0643 Wycięcie polipów żołądka	IV
0603 Korekcja deformacji wargi	III	0644 Operacja plastyczna żołądka	II
0604 Całkowite wycięcie języka	II	0645 Poszerzenie odźwiernika przez nacięcie	III
0605 Usunięcie zmiany języka	IV	0646 Endoskopowe poszerzenie odźwiernika	III
0606 Nacięcie języka	IV	0647 Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	II
0607 Usunięcie zmiany podniebienia	IV	0648 Zespoleńie żołądkowo-czyczne	II
0608 Korekcja deformacji podniebienia	III	0649 Gastrostomia	III
0609 Wycięcie migdałków podniebiennych	IV	0650 Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	III
0610 Wycięcie migdałka gardłowego	IV	0651 Endoskopowe opanowanie krwawienia z wrzodu żołądka	III
0611 Wycięcie migdałka językowego	IV	0652 Pyloromyotomia	II
0612 Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	IV	0653 Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	IV
0613 Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	III	0654 Wycięcie dwunastnicy	II
0614 Wycięcie ślinianki podżuchowej	III	0655 Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
		0656 Zespoleńie omijające dwunastnicy	II
		0657 Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	III
		0658 Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
		0659 Wycięcie jelita czczego	II
		0660 Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
		0661 Jejunostomia	III

Pakiet Ochrona Dziecka

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
0662 Zespolenie omijające jelita czczego	III
0663 Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	III
0664 Wycięcie jelita krętego	II
0665 Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
0666 Zespolenie omijające jelita krętego	III
0667 Rewizja zespolenia jelita krętego	IV
0668 Wytworzenie ileostomii	III
0669 Rewizja ileostomii	IV
0670 Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
0671 Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	III

7. Dolny odcinek przewodu pokarmowego

0701 Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
0702 Drenaż ropnia okołowystkowego	IV
0703 Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
0704 Całkowite wycięcie okrężnicy	II
0705 Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
0706 Resekcja poprzecznicy	II
0707 Lewostronna hemikolektomia	II
0708 Wycięcie esicy	II
0709 Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
0710 Zespolenie omijające okrężnicy	II
0711 Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
0712 Wytonienie jelita ślepego	III
0713 Nacięcie okrężnicy	III
0714 Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
0715 Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
0716 Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	IV
0717 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	IV
0718 Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	IV
0719 Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego	IV
0720 Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	IV
0721 Wycięcie odbytnicy	I
0722 Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
0723 Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
0724 Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	III
0725 Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	III
0726 Wycięcie odbytu	II
0727 Wycięcie zmiany odbytu	IV
0728 Operacja naprawcza odbytu	III
0729 Klipsowanie hemoroidów	IV
0730 Podwiązanie hemoroidów	IV
0731 Odprowadzenie hemoroidów	IV
0732 Wstrzyknięcie do hemoroidów	IV
0733 Kauteryzacja hemoroidów	IV
0734 Krioterapia hemoroidów	IV
0735 Drenaż przez okolicę krocza	III
0736 Wycięcie zatoki włosowej	IV
0737 Nacięcie ropnia okołoodbytniczego	IV

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
8. Inne narządy jamy brzusznej	
0801 Przeszczep wątroby	I
0802 Częściowe wycięcie wątroby	II
0803 Usunięcie zmiany wątroby	II
0804 Nacięcie wątroby	III
0805 Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	III
0806 Przewodniczyowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	III
0807 Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0808 Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
0809 Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	IV
0810 Nacięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0811 Przeszkorna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	IV
0812 Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	III
0813 Usunięcie zmiany dróg żółciowych	III
0814 Zespolenie przewodu wątrobowego	II
0815 Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
0816 Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
0817 Nacięcie przewodu żółciowego	III
0818 Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0819 Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0820 Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
0821 Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	IV
0822 Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
0823 Przeszkorna rewizja połączenia przewodu żółciowego	IV
0824 Przeszkorna implantacja protezy przewodu żółciowego	IV
0825 Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	IV
0826 Alloprzeszczep trzustki	I
0827 Heteroprzeszczep trzustki	I
0828 Autoprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0829 Alloprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0830 Przeszczep komórek wysepek Langerhansa (inny niż wymienione)	I
0831 Całkowite wycięcie trzustki	I
0832 Wycięcie głowy trzustki	II
0833 Usunięcie zmiany trzustki	II
0834 Zespolenie przewodu trzustkowego	I
0835 Otwarty drenaż trzustki	II
0836 Nacięcie trzustki	III
0837 Całkowite wycięcie śledziony	II

9. Serce, naczynia tętnicze oraz żyłne

0901 Przeszczep płuc i serca	I
0902 Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
0903 Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I
0904 Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
0905 Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
0906 Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
0907 Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
0908 Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI	
0909	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca	II
0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
0912	Plastyka przedsionka serca	I
0913	Walwuloplastyka mitralna	I
0914	Walwuloplastyka aortalna	I
0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
0918	Rewizja plastyki zastawki serca	II
0919	Otwarta walwulotomia	I
0920	Zamknięta walwulotomia	II
0921	Przeszkórna operacja dotycząca zastawki serca	II
0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	II
0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
0926	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	I
0927	Otwarta koronaroplastyka	I
0928	Przeszkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II
0929	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	I
0930	Wszczepienie systemu wspomagania serca	II
0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	II
0932	Inny stały sposób stymulacji serca	II
0933	Wycięcie osierdzia	I
0934	Drenaż osierdzia	II
0935	Nacięcie osierdzia	II
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
0938	Przeszkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	II
0939	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0940	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
0942	Przeszkórna operacja tętnicy płucnej	II
0943	Przeznaczyniowe zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	II
0944	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
0945	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
0946	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	II
0947	Plastyka aorty	I
0948	Przeznaczyniowa operacja aorty	II
0949	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
0950	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	II
0951	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
0952	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	II
0953	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
0954	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
0955	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
0956	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	II
0957	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI	
0958	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
0959	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
0960	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
0961	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej	III
0962	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	II
0963	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
0964	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
0965	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy udowej	III
0966	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	II
0967	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
0968	Wycięcie innej tętnicy	II
0969	Operacja naprawcza innej tętnicy	II
0970	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
0971	Zespolenie tętniczko-żylne	III
0972	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
0973	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	II
0974	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	IV
0975	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
0976	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	IV

10. Układ moczowy

1001	Przeszczep nerki	I
1002	Całkowite wycięcie nerki	II
1003	Częściowe wycięcie nerki	III
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	III
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	III
1006	Nacięcie nerki	III
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	IV
1008	Operacja nerki przez nefrostomię	III
1009	Wycięcie moczowodu	II
1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	III
1011	Reimplantacja moczowodu	III
1012	Operacja naprawcza moczowodu	III
1013	Nacięcie moczowodu	III
1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	IV
1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	IV
1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	IV
1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	II
1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
1019	Powiększenie pęcherza	III
1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej	III
1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	IV
1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
1023	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1024	Brzusznopochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	III

Pakiet Ochrona Dziecka

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
1029 Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	IV
1030 Wycięcie cewki moczowej	III
1031 Operacja naprawcza cewki moczowej	IV
1032 Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	IV
1033 Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	IV

11. Narządy płciowe męskie

1101 Usunięcie moszny	II
1102 Obustronne wycięcie jąder	II
1103 Usunięcie zmiany jądra	IV
1104 Wycięcie torbieli Morgagniego	IV
1105 Wycięcie przyczepka jądra	IV
1106 Jednostronne wycięcie jądra	III
1107 Obustronne sprowadzenie jąder	III
1108 Jednostronne sprowadzenie jądra	IV
1109 Protezowanie jądra	II
1110 Operacja wodniaka jądra	IV
1111 Operacja najądrza	III
1112 Wycięcie nasieniowodu	III
1113 Operacja naprawcza powrózka nasiennego	III
1114 Operacja żyłaków powrózka nasiennego	IV
1115 Operacja pęcherzyków nasiennych	II
1116 Amputacja prącia	I
1117 Usunięcie zmiany prącia	III
1118 Nacięcie prącia	IV
1119 Uwolnienie (wycięcie) zrostów prącia	III
1120 Uwolnienie bolesnego wzvodu prącia	IV
1121 Operacja plastyczna prącia	III
1122 Protezowanie prącia	II
1123 Operacja napletka	IV

12. Żeński układ rozrodczy

1201 Operacja techtaczki	III
1202 Operacja gruczołu Bartholina	III
1203 Wycięcie sromu	III
1204 Wycięcie zmiany sromu	IV
1205 Operacja naprawcza w obrębie sromu	IV
1206 Nacięcie kanału pochwy	IV
1207 Wycięcie pochwy	III
1208 Nacięcie zrostów pochwy	III
1209 Usunięcie zmiany pochwy	IV
1210 Operacja plastyczna pochwy	III
1211 Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
1212 Plastyka sklepienia pochwy	III
1213 Operacja w obrębie zatoki Douglasa	III
1214 Wycięcie szyjki macicy	III
1215 Wycięcie zmiany szyjki macicy	IV
1216 Konizacja szyjki macicy	IV
1217 Zniszczenie zmiany w zakresie macicy	IV

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
1218 Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
1219 Wycięcie macicy drogą przezpochwową	III
1220 Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	IV
1221 Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
1222 Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
1223 Częściowe lub całkowite wycięcie jajowodu	IV
1224 Wszczepienie protezy jajowodu	III
1225 Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	IV
1226 Nacięcie jajowodu	IV
1227 Endoskopowe leczenie jajowodu	IV
1228 Operacja dotycząca strzępków jajowodu	IV
1229 Częściowe wycięcie jajnika	IV
1230 Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	IV
1231 Operacja naprawcza jajnika	IV
1232 Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	IV
1233 Nacięcie jajnika	IV
1234 Otwarcie torbieli jajnika	IV
1235 Operacja więzadła szerokiego macicy	III
1236 Operacja innego więzadła macicy	III
1237 Jednostronne usunięcie jajnika	IV
1238 Obustronne usunięcie jajnika	III

13. Skóra

1301 Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1302 Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1303 Odległy przeszczep uszyputowanego płata skórno-powięziowego	III
1304 Przeszczep płata skóry owłosionej	III
1305 Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	III
1306 Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
1307 Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1308 Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1309 Miejscowy przeszczep uszyputowanego tkanką podskórną płata skóry	III
1310 Przeszczep płata śluzówki	III
1311 Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
1312 Przeszczep śluzówki	III
1313 Przeszczepienie innej tkanki do skóry	IV
1314 Wprowadzenie ekspandera pod skórę	IV
1315 Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	IV

14. Tkanki miękkie

1401 Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
1402 Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
1403 Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
1404 Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
1405 Otwarcie klatki piersiowej	II
1406 Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
1407 Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
1408 Jednostronna lub obustronna operacja prostej przepukliny pachwinowej	IV
1409 Operacja skośnej przepukliny pachwinowej	IV

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
1410 Operacja prostej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1411 Operacja skośnej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1412 Operacja przepukliny pachwinowej – inne	IV
1413 Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	III
1414 Jednostronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1415 Obustronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1416 Jednostronna operacja przepukliny udowej	IV
1417 Obustronna operacja przepukliny udowej – inna	IV
1418 Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	III
1419 Plastyka przepukliny pępkowej	IV
1420 Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV
1421 Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
1422 Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej z otwarciem worka	III
1423 Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	III
1424 Operacja naprawcza przepukliny kulszowo-odbytniczej	III
1425 Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	III
1426 Operacja naprawcza przepukliny zastonowej	III
1427 Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	III
1428 Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	III
1429 Operacja dotycząca pępka	IV
1430 Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III
1431 Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
1432 Otwarcie jamy otrzewnej	III
1433 Operacja dotycząca sieci	III
1434 Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
1435 Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
1436 Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej metodą otwartą	III
1437 Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	IV
1438 Usunięcie zrostów otrzewnowych	IV
1439 Przeszczep powięzi	III
1440 Wycięcie powięzi brzucha	III
1441 Usunięcie zmiany powięzi	III
1442 Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV
1443 Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
1444 Operacja kaletki maziowej	IV
1445 Przełożenie ścięgna	IV
1446 Wycięcie ścięgna	IV
1447 Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
1448 Wtórna operacja naprawcza ścięgna	III
1449 Uwolnienie ścięgna	IV
1450 Zmiana długości ścięgna	IV
1451 Wycięcie pochewki ścięgna	IV
1452 Przeszczep mięśnia	III
1453 Wycięcie mięśnia	IV
1454 Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	IV
1455 Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
1456 Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	III
1457 Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	IV

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
1458 Drenaż węzła chłonnego	III
1459 Operacja przewodu limfatycznego	III
1460 Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	IV

15. Kości oraz stawy

1501 Otwarcie szwów czaszkowych	I
1502 Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	I
1503 Wytworzenie płata kostnego czaszki	II
1504 Przeszczep kostny do kości czaszki	II
1505 Założenie płytki (sztucznej) do czaszki	II
1506 Inna plastyka kości czaszki	II
1507 Otwarcie czaszki	I
1508 Całkowite wycięcie żuchwy	II
1509 Całkowite wycięcie żuchwy z jednoczasową rekonstrukcją	II
1510 Częściowe wycięcie żuchwy	III
1511 Częściowe wycięcie kości twarzy – inne	III
1512 Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
1513 Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
1514 Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
1515 Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	III
1516 Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
1517 Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
1518 Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
1519 Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa piersiowego	II
1520 Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	II
1521 Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	III
1522 Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
1523 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
1524 Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
1525 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
1526 Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
1527 Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
1528 Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
1529 Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
1530 Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
1531 Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
1532 Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
1533 Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	II
1534 Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
1535 Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1536 Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1537 Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
1538 Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III
1539 Całkowita rekonstrukcja tylostopia	III
1540 Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II

Pakiet Ochrona Dziecka

RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI	RODZAJ OPERACJI	KLASA OPERACJI
1541 Wycięcie kości ektopowej	III	1575 Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
1542 Usunięcie zmiany kości	II	1576 Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
1543 Otwarte chirurgiczne złamanie kości	III	1577 Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
1544 Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	III	1578 Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
1545 Rozdzielenie trzonu kości	II	1579 Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
1546 Rozdzielenie kości stopy	III	1580 Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
1547 Drenaż kości	III	1581 Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
1548 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	II	1582 Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
1549 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/łokciowa	II	1583 Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	II
1550 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródreżca	II	1584 Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	II
1551 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	IV	1585 Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
1552 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości miednicy	II	1586 Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
1553 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	II	1587 Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
1554 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	II	1588 Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
1555 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia (noga)	III	1589 Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
1556 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	IV	1590 Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
1557 Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne niewyszczególnione kości	IV	1591 Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	II
1558 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość ramienna	III	1592 Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	III
1559 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość promieniowa/łokciowa	III	1593 Protezowanie ścięgna	III
1560 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródreżca	III	1594 Wzmocnienie ścięgna protezą	III
1561 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki ręki	IV	1595 Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	III
1562 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości miednicy	II	1596 Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
1563 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość udowa	II	1597 Uwolnienie przykurczu stawu	III
1564 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	III	1598 Operacja struktur okołostawowych palucha	III
1565 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości stępu/kości śródstopia (noga)	III	1599 Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	III
1566 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki (stopy)	IV	1600 Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	III
1567 Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – inne niewyszczególnione kości	IV	1601 Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	III
1568 Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II	1602 Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	III
1569 Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II	1603 Terapeutyczna endoskopia innego stawu	III
1570 Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV		
1571 Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	IV	16 Różne	
1572 Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III	1701 Reimplantacja kończyny górnej	II
1573 Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II	1702 Reimplantacja kończyny dolnej	II
1574 Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II	1703 Reimplantacja innego narządu	II
		1704 Wszczępienie protezy kończyny	I
		1705 Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
		1706 Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
		1707 Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
		1708 Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	III
		1709 Amputacja palucha	III
		1710 Przeszczep szpiku kostnego	II

Niniejsza Tabela operacji medycznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/12/06/2017 z 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka

Pojęcia użyte w niniejszej 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.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA
A. USZKODZENIA GŁOWY	
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy	1
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni:	10
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
B. USZKODZENIA TWARZY	
6. Uszkodzenia powłok twarzy:	
a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
7. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamanie kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Ułuszczenie zęba (odbyte wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
9. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
10. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odtamów	6
b) złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
11. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
12. Złamania żuchwy:	
a) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odtamów	6
b) złamanie wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
13. Ubytek podniebienia	15
14. Urazy języka:	
a) rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)	
15. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
16. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
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 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 i odmrożenia	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	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

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

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

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

26. Uszkodzenie 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 (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

29. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	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	2
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 (całkowitej powierzchni ciała)	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
---	----

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

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	20
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	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50
45. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
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

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

48. Utrata macicy	30
49. Pourazowe uszkodzenie kroczca, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) izolowane rany w zakresie skóry	2
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	2
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i 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	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

53. Rozejście się spojenia łonowego	5
54. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
55. 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
56. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
57. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednojeściwcowe nieprzemieszczzone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości tonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednojeściwcowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości tonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielojeściwcowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielojeściwcowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA

58. Złamania łopatki:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	1

OBOJCZYK

59. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
60. Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a) zwichnięcie I°	1
b) zwichnięcie II°	3
c) zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

61. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	2
f) złamania leczone protezoplastyką	15
62. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
63. Utrata kończyny wraz z łopatką	70

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

RAMIĘ

64. Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b) złamania otwarte	10
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
65. 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
66. Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY	
67. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	5
c) inne złamania	2
68. Inne uszkodzenia łokcia:	
a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ

69. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
70. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b) złamania otwarte	7
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	2
71. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
72. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
73. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK	
74. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b) złamania jednojeściwcowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) zwichnięcia	5

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

e) skręcenia	1
75. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50

ŚRÓDRĘCZE**76. Złamania kości śródreczę:**

a) I kość śródreczę:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
iii) inne złamania	2
b) II kość śródreczę:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródreczę:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1

KCIUK**77. Utrata w zakresie kciuka:**

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	6
c) utrata obu paliczków bez kości śródreczę	10
d) utrata obu paliczków z kością śródreczę	15

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

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródreczęno-paliczkowym	2

PALEC WSKAZUJĄCY**79. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:**

a) utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b) utrata paliczka paznokciowego	2
c) utrata paliczka środkowego	8
d) utrata trzech paliczków	10
e) utrata wskaziciela z kością śródreczę	11

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

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreczęno-paliczkowym	1
---	---

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY**81. 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 śródreczę	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 śródreczę	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 śródreczę	4

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

a) palec III:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
iii) inne złamania	1
iv) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreczęno-paliczkowym	1
b) palec IV:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii) złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1
iii) inne złamania	1
iv) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreczęno-paliczkowym	1
c) palec V:	
i) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii) inne złamania	1
iii) rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreczęno-paliczkowym	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 nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ**STAW BIODROWY****83. Utrata kończyny dolnej:**

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

84. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	15
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20

UDO

85. Złamanie kości udowej:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	8
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3

86. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) rany skórne uda lub pośladka	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c) uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8

KOLANO

87. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a) skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b) skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	10
e) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f) inne złamania	3

88. Złamania rzepki:	
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

89. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
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)	4

90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
---	----

PODUDZIE

91. Złamanie kości podudzia:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	10
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne złamania	3

92. Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	3
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) rany skórne	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2

94. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45

STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA

95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez min. 2 tygodnie)	1
b) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6

96. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3

97. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odcłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4

98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA

b) całkowita utrata	40
99. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2
100. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany	1
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25

PALCE STOPY

106. Uszkodzenie palucha:	
a) rana	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	9
107. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
108. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
109. Utrata palców stopy II-V (każdy)	2
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
111. Utrata palca V z kością śródstopia	4
112. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (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.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA
PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIAM. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH
NERWÓW OBWODOWYCH113. 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:	

	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA
i) częściowe	2
ii) całkowite	15
o) nerwu zastonowego:	
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

	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA ODPOWIADAJĄCA PROCENTOWI SUMY UBEZPIECZENIA
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

N. INNE

114. Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
115. Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
116. Inne oparzenia I i II stopnia	0,5
117. Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5

* Leczenie – oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4) ponowną wizytę. Jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznanym urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji).

Niniejsza Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka została zatwierdzona uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/12/06/2017 z 12 czerwca 2017 r. i wchodzi w życie od tego dnia.



REGULAMIN

ŚWIADCZENIA USŁUG ASSISTANCE AXA 24

Indeks OCHAS/18/11/02

FORMULARZ DO REGULAMINU

Poniższy Formularz sporządzony jest zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy Regulaminu, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	część I pkt 2 ppkt 1) część II część III ppkt 1)–3) część VI
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	część I pkt 2 ppkt 2) część I pkt 3 część III ppkt 4) i 5) część IV

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
- ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

wskazane są również w umowie podstawowej.

W zakresie nieuregulowanym w Regulaminie stosuje się postanowienia zawarte w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Solo.



I. Zakres świadczonych usług

1. Kto może korzystać z naszych usług?

Osobami, które mogą korzystać ze świadczonych przez nas usług, są:

- Ubezpieczony (jeżeli zawarłeś umowę ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Duet, to przez Ubezpieczonego rozumiemy Współubezpieczonego),
- współmałżonek albo partner,
- dziecko,
- rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka albo partnera –

jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w części II ppkt 2), jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której Ubezpieczony będzie miał ukończone 70 lat. W dalszej części Regulaminu osoby te nazywamy osobami uprawnionymi.

2. Kiedy osoby uprawnione mogą skorzystać z naszych usług?

- Zdarzeniami uprawniającymi do skorzystania z usług świadczonych w ramach Regulaminu są:
 - choroba,
 - obrażenia ciała powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w części II ppkt 1) lit. o),
 - urodzenie się dziecka Ubezpieczonego,które wystąpiły lub zostały rozpoznane w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy podstawowej.
- Zakresem usług nie są objęte choroby ani ich objawy rozpoznane lub leczone w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej.

3. Ile razy osoby uprawnione mogą korzystać z naszych usług?

- Limit, do którego realizujemy świadczenia opiekuńcze wymienione w części II ppkt 1) na rzecz wszystkich osób uprawnionych, wynosi 6000 złotych i przysługuje na każde zdarzenie.
- Jeżeli wartość realizowanej usługi przekroczy limit w wysokości 6000 zł, może ona zostać wykonana przez Centrum Operacyjne AXA, o ile osoba uprawniona wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a limitem.

II. Świadczenia

Komu i jakie świadczenia przysługują w ramach Regulaminu?

- W przypadku zaistnienia zdarzenia zapewnimy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi albo partnerowi oraz dziecku świadczenia polegające na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług wskazanych poniżej:
 - dostarczenie leków** – zorganizujemy i pokryjemy koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza prowadzącego do miejsca pobytu osoby uprawnionej; świadczenie organizujemy, jeśli osoba uprawniona w wyniku zajścia zdarzenia zgodnie z zaleceniem lekarskim musi leżeć; nie pokrywamy kosztów zakupu leków;
 - transport medyczny do placówki medycznej** – zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego osoby uprawnionej z miejsca jej pobytu do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, lekarza Centrum Operacyjnego AXA lub do najbliższej placówki, gdzie osoba uprawniona może otrzymać pomoc medyczną; podczas transportu osobie uprawnionej może towarzyszyć jedna inna osoba; świadczenie organizujemy, jeśli w wyniku zajścia zdarzenia osoba uprawniona potrzebuje transportu do placówki medycznej;
 - transport powrotny z placówki medycznej** – zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego osoby uprawnionej z placówki medycznej pod jej adres zamieszkania; podczas transportu osobie uprawnionej może towarzyszyć jedna inna

osoba; świadczenie organizujemy, jeśli osoba uprawniona w następstwie zdarzenia przebywała w placówce medycznej;

- transport między placówkami medycznymi** – zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego osoby uprawnionej, jeśli przebywa ona w placówce medycznej w następstwie zdarzenia, a lekarz prowadzący decyduje o jej transporcie do innej placówki w celu kontynuacji leczenia lub wykonania tam badań lub zabiegów; w przypadku wykonania badań lub zabiegów pokryjemy również koszt transportu powrotnego;
- wizyta lekarska** – zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt osoby uprawnionej w placówce medycznej lub koszt dojazdu do jej miejsca pobytu i honorarium lekarza doraźnej opieki medycznej, jeśli potrzeba pomocy medycznej wynika z zajścia zdarzenia; dla wizyt związanych z chorobą obowiązuje limit do 3 wizyt lekarskich w placówce medycznej oraz do 3 wizyt lekarskich w miejscu pobytu w roku łącznie dla wszystkich osób uprawnionych; świadczenie organizujemy, jeśli nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- wizyta pielęgniarki** – zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdu do miejsca pobytu osoby uprawnionej i honorarium pielęgniarki w celu wykonania zabiegów medycznych na podstawie zlecenia lekarza prowadzącego; świadczenie organizujemy, jeśli zlecone zabiegi mogą być wykonane w warunkach domowych;
- rehabilitacja** – zorganizujemy i pokryjemy koszt rehabilitacji osoby uprawnionej w domu lub w poradni rehabilitacyjnej (wraz z dojazdem), jeśli jej potrzeba wynika z następstw zdarzenia i została ona zalecona przez lekarza prowadzącego;
- sprzęt rehabilitacyjny** – zorganizujemy i pokryjemy koszt wypożyczenia lub zakupu (wraz z dostarczeniem) sprzętu rehabilitacyjnego, którego zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinna używać w domu osoba uprawniona w trakcie rehabilitacji wynikającej z następstw zdarzenia; ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy przebiegu ani skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne AXA nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach; nie ponosimy kosztów wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane z ubezpieczenia społecznego;
- opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi** – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej w wyniku zdarzenia, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, na wniosek Ubezpieczonego – zapewniamy organizację i pokrycie kosztów:

- przewozu dzieci Ubezpieczonego lub osób niesamodzielnymi, nad którymi sprawuje on opiekę, w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do osoby zamieszkującej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którą Ubezpieczony wyznaczył do opieki (koleją lub autobusem), albo
- przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z miejsca jej pobytu (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) pod adres zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (koleją lub autobusem), albo
- opieki sprawowanej przez podmiot profesjonalnie świadczący usługi opiekuńcze;

po wyczerpaniu limitu sumy ubezpieczenia przeznaczonej na to świadczenie Centrum Operacyjne AXA podejmie działania zmierzające do zapewnienia opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną; świadczenia te są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy pod adresem zamieszkania dzieci lub osób niesamodzielnymi nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- korepetycje** – jeżeli w następstwie zdarzenia dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej przez okres dłuższy niż 14 dni w związku z koniecznością hospitalizacji lub udokumentowanym zaleceniem lekarza prowadzącego, zorganizujemy i pokryjemy koszty

dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub pod adres jego zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka w odniesieniu do całej grupy przedmiotów; dla uczniów szkół powszechnych podstawowych i ponadpodstawowych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);

- k) **opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli w następstwie zdarzenia osoba uprawniona była hospitalizowana przez ponad 5 dni, a po wypisie ze szpitala musi leżeć, zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdu i honorarium osoby sprawującej opiekę domową w wymiarze do 5 dni, maksymalnie 4 godziny dziennie, w niżej wymienionym zakresie: zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, niezbędne porządki, dostawa lub przygotowanie posiłków, opieka nad zwierzętami domowymi, podlewanie kwiatów; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- l) **wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka** – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpiezonego, na wniosek Ubezpiezonego lub współmałżonka albo partnera, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty 1 wizyty położnej, tj. dojazdu pod adres zamieszkania Ubezpiezonego lub współmałżonka albo partnera oraz jej honorarium;
- m) **pobyt opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka Ubezpiezonego** – jeżeli w następstwie zdarzenia dziecko jest hospitalizowane, Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty:
- pobytu z dzieckiem jednego prawnego opiekuna dziecka w szpitalu, w którym dziecko jest hospitalizowane, zgodnie z możliwościami i wymogami, jakimi dysponuje szpital; w ramach świadczenia zorganizujemy i pokryjemy 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, albo
 - pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejsca hospitalizacji dziecka – w przypadku gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu opiekuna prawnego w szpitalu, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania;
- n) **organizacja i pokrycie kosztów przyjazdu członka rodziny Ubezpiezonego podczas jego hospitalizacji** – jeżeli w następstwie zdarzenia Ubezpieczony był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni w szpitalu znajdującym się poza miejscowością wskazaną w adresie jego zamieszkania, na wniosek Ubezpiezonego Centrum Operacyjne AXA zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby wskazanej przez Ubezpiezonego z miejsca jej pobytu na terytorium Polski do placówki medycznej, w której Ubezpieczony jest hospitalizowany, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terytorium Polski po zakończonej hospitalizacji Ubezpiezonego; transport odbywa się:
- taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km),
 - pociągiem I klasy lub autobusem,
 - samolotem w klasie ekonomicznej, a jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin, to dodatkowo w odniesieniu do taret drugiego i trzeciego świadczenie obejmuje również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem;
- o) **pomoc psychologa** – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej, w związku z zajściem następujących sytuacji losowych: śmierć Ubezpiezonego, śmierć dziecka, urodzenie się martwego dziecka, śmierć współmałżon-

ka albo partnera, poronienie, rozstrój zdrowia Ubezpiezonego, choroba współmałżonka albo partnera, choroba dziecka, osobie uprawnionej niezbędna jest pomoc psychologa, zapewniamy pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; ochroną ubezpieczeniową nie obejmujemy przebiegu ani skutków terapii; na prośbę osoby uprawnionej, zapewniamy również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;

- p) **przekazanie pilnej wiadomości od Ubezpiezonego, współmałżonka albo partnera lub dziecka** – na wniosek osoby uprawnionej operator Centrum Operacyjnego AXA przekaże wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku ze zdarzeniem, któremu uległa;
- q) **infolinia medyczna** – zapewniamy dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z 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; świadczymy również dostęp do informacji na temat:
- jednostek chorobowych,
 - stanów wymagających nagłej pomocy,
 - zachowań prozdrowotnych,
 - leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - przygotowania się do porodu,
 - pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - badań prenatalnych,
 - szkół rodzenia,
 - karmienia noworodka,
 - obowiązkowych szczepień dzieci,
 - pielęgnacji niemowląt,
 - transportu medycznego,
 - telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia, w szczególności 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 Ubezpiezonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego AXA,
 - aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - badań 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,
 - przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
- 2) W przypadku zaistnienia zdarzenia zapewnimy rodzicowi Ubezpiezonego lub rodzicowi współmałżonka albo partnera organizację i pokrycie kosztów usług wskazanych poniżej:

- a) **opieka po hospitalizacji** – jeżeli na skutek zdarzenia rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka albo partnera był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, zapewniamy zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, pod adresem zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo partnera; pokrywamy koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie;
 - b) **transport na wizytę kontrolną i z powrotem** – jeżeli na skutek zdarzenia rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka albo partnera był hospitalizowany przez okres minimum 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, zapewniamy zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu w związku z jedną wizytą kontrolną w danym roku polisy z miejsca będącego adresem zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo partnera do placówki medycznej i z powrotem;
 - c) **asysta** – jeżeli na skutek zdarzenia rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka albo partnera wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, zapewniamy zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka albo partnera podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala; pokrywamy koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie;
 - d) **infolinia medyczna** – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo partnera zapewniamy udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego AXA drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo partnera; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; świadczenie jest realizowane, o ile, na podstawie przekazanych informacji, stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka albo partnera nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.
- 3) Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
 - 4) O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych, jak również o sposobie ich organizacji (m.in. o wyborze środka transportu medycznego), decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- c) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy,
 - d) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 - e) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
- 3) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do zrealizowania na jej rzecz usługi lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym same pokryły koszty objętych zakresem usług medycznych, zwrócimy 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 14 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym AXA i przedstawienia dokumentów wskazanych przez Centrum Operacyjne AXA. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne AXA. Zastrzegamy sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokości sum ubezpieczenia.
 - 4) Świadczenia realizujemy przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia, w związku z którym dane świadczenie przysługuje. Nie dotyczy to świadczenia z tytułu wizyty położnej w przypadku urodzenia się dziecka.
 - 5) Wykonanie usług medycznych 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.

III. Realizacja świadczonych usług

Jakie zasady obowiązują przy realizacji usług?

- 1) W razie wystąpienia zdarzenia, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych świadczonych przez nas usług, osoba uprawniona 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. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna 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.
- 2) W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego AXA, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu są zobowiązane:
 - a) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu,
 - b) podać numer polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia,

IV. Wyłączenia z ubezpieczenia

W jakich sytuacjach osoba uprawniona nie może korzystać ze świadczeń assistance?

- 1) Prawo do korzystania z usług nie przysługuje w zakresie:
 - a) kosztów wizyty lekarza ani transportu medycznego ani innych usług, które Centrum Operacyjne AXA zorganizowało na podstawie nieprawdziwych informacji podanych przez osobę uprawnioną,
 - b) zdarzenia skutkującego powstaniem zagrożenia życia, wymagającego interwencji pogotowia ratunkowego,
 - c) zdarzenia związanego z zagrożeniem życia, zdefiniowanego tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do Centrum Operacyjnego AXA – w takim przypadku możemy odmówić realizacji świadczeń, przy czym nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
- 2) Odpowiedzialnością nie obejmujemy kosztów powstałych z tytułu ani w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu,
 - c) pozostawania pod wpływem 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,
 - d) użycia przez osobę, na rzecz której realizowane mają być świadczenia określone w Regulaminie, narkotyków lub substancji tok-

- sycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
- e) chorób psychicznych,
 - f) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
 - g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział Ubezpieczonego w wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego ani pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) chorób przenoszonych drogą płciową,
 - j) chorób przewlekłych,
 - k) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego AXA.

V. Postanowienia dodatkowe

O czym jeszcze powinniśmy wiedzieć?

- 1) W sprawach nieuregulowanych mają odpowiednie zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.
- 2) Regulamin ulega rozwiązaniu z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej.
- 3) Jeżeli zawarłeś umowę ubezpieczenia na życie i dożycie Ochrona z Gwarancją Kapitału – wariant Duet, Regulamin ulegnie również rozwiązaniu z dniem śmierci Współubezpieczonego.



VI. Słownik pojęć

Co rozumiemy przez poszczególne pojęcia pojawiające się w Regulaminie?

- 1) **adres zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez Ubezpieczonego, współmałżonka albo partnera lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
- 2) **Centrum Operacyjne AXA** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w Regulaminie, wskazana przez nas i działająca w naszym imieniu;
- 3) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 4) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 5) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 6) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, zamieszkujące wspólnie z nim pod adresem zamieszkania, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 7) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 8) **lekarz Centrum Operacyjnego AXA** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne AXA i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Operacyjnego AXA;

- 9) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą uprawnioną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 10) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym Ubezpieczony, współmałżonek albo partner lub dziecko przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego AXA spełnia warunki realizacji usług w ramach Regulaminu;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia osób uprawnionych, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia naszej odpowiedzialności, w następstwie którego Ubezpieczony, współmałżonek albo partner, dziecko, rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka albo partnera niezależnie od swojej woli doznali uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarli;
- 12) **partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym na dzień zdarzenia w związku pozamałżeńskim i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia; osobę spełniającą powyższe warunki uznaje się za partnera, pod warunkiem że zarówno Ubezpieczony, jak i ta osoba nie pozostają w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 13) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 15) **Regulamin** – niniejszy Regulamin świadczenia usług assistance AXA 24;
- 16) **rodzic Ubezpieczonego** – matka lub ojciec Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia:
 - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 17) **rodzic współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego** – matka lub ojciec współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia:
 - a) żoną ojca współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego lub wdową po ojcu współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego lub wdowcem po matce współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki współmałżonka albo partnera Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 18) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez sprzęt rehabilitacyjny rozumiemy sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 19) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w którego akcie urodzenia Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic;
- 20) **współmałżonek** – osoba, która w dacie zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

Niniejszy Regulamin świadczenia usług assistance AXA 24 został zatwierdzony uchwałą Zarządu AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 1/22/03/2019 z 22 marca 2019 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od 15 kwietnia 2019 r.

Więcej informacji uzyskasz od naszego przedstawiciela

Kim jesteśmy

AXA to jedna z największych grup finansowych na świecie. Wieloletnie doświadczenie i stała obecność na międzynarodowych rynkach sprawiły, że zaufało nam już 105 milionów klientów w 62 krajach.

AXA w Polsce to różnorodność ubezpieczeń ochronnych, zdrowotnych i turystycznych oraz otwarty fundusz emerytalny. To także nowoczesne rozwiązania inwestycyjne dopasowane do zróżnicowanych potrzeb klientów.

Naszym klientom oferujemy rzetelną analizę potrzeb oraz wysoki standard obsługi.



801 200 200
axa.pl

ubezpieczenia
inwestycje
emerytury