

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

ALLIANZ OPIEKUN

Allianz Opiekun to kompleksowa ochrona dla Ciebie i Twoich najbliższych zapewniająca wsparcie w najtrudniejszych momentach życia spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

W zależności od wybranego przez Ciebie zakresu ochrony, który możesz zmieniać co roku, wypłacimy Ci świadczenie zarówno w przypadku złamania nogi, przebycia operacji po poważniejszym urazie czy też np. czasowej niezdolności do pracy. Na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło, zabezpieczymy również przyszłość Twoich najbliższych.

Ogólne warunki ubezpieczenia, które masz przed sobą, pozwolą Ci dokładnie poznać zakres proponowanej ochrony oraz wskażą, na jaką pomoc możesz liczyć i jak postępować w sytuacjach, gdy będzie ona potrzebna. To Twój przewodnik po ubezpieczeniu. Korzystaj z niego.

SPIS TREŚCI

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ALLIANZ OPIEKUN

Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od czego może być ubezpieczony.	5
§ 1 Gdzie uregulowane są warunki umowy?	5
§ 2 W jakim zakresie chroni ubezpieczenie Allianz Opiekun?	5
§ 3 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie śmierci?	6
§ 4 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz na jakiej podstawie stwierdzi jego wystąpienie?	6
§ 5 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz od czego zależy wysokość tej kwoty? ...	6
§ 6 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz na jakiej podstawie stwierdzi jego wystąpienie?	6
§ 7 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku?	7
§ 8 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz od czego zależy wysokość tej kwoty?	7
§ 9 Kiedy i jaką kwotę Allianz wypłaci w razie uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku lub operacji Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku?	8
§ 10 W jakich przypadkach Allianz może odmówić wypłaty?	8
Część II. Umowa ubezpieczenia, jak ją zawrzeć i rozwiązać.	9
§ 11 Jak zawrzeć umowę?	9
§ 12 Kto może zostać objęty ubezpieczeniem?	10
§ 13 Jak długo trwa ochrona?	10
§ 14 Jakie są warunki rozwiązania umowy?	10
§ 15 Jakie są zasady zawarcia kolejnej umowy?	10
Część III. Składka i suma ubezpieczenia	10
§ 16 Jakie są zasady opłacania składki?	10
§ 17 Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?	11
§ 18 Suma ubezpieczenia	11
Część IV. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	11
§ 19 Komu wypłacimy świadczenie?	11
§ 20 Na jakiej podstawie Allianz wypłaci świadczenie?	12
Część V. Postanowienia końcowe, w tym zasady komunikacji w trakcie trwania umowy.	13
§ 21 Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?	13
§ 22 Jak postępować w przypadku składania reklamacji?	13
§ 23 Ochrona danych osobowych	14
§ 24 Postanowienia końcowe	14
Załącznik nr 1 Słownik pojęć	15
Załącznik nr 2 Tabela limitów	17
Załącznik nr 3 Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku.	18
Załącznik nr 4 Tabela oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	25
Tabela zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.	27
Załącznik nr 5 Warunki świadczenia usług Allianz Assistance	28
Załącznik nr 6 Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z Suplementem do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującym do umów ubezpieczenia Allianz Opiekun	
Załącznik nr 7 Załącznik o opodatkowaniu świadczeń	

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ALLIANZ OPIEKUN

W tabeli wskazujemy, które punkty ogólnych warunków ubezpieczenia (dalej: o.w.u.) zawierają informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none">• W zakresie całej umowy:<ul style="list-style-type: none">– § 2 ust. 4 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1.– § 20 ust. 1 pkt 1) i 3), ust. 2 pkt 1) i 3) oraz ust. 9– załącznik nr 3– załącznik nr 4• W zakresie Assistance:<ul style="list-style-type: none">– § 2 ust. 6 o.w.u. z uwzględnieniem § 3 Załącznika nr 5– § 4 i 6 Załącznika nr 5 z uwzględnieniem definicji z § 7 Załącznika nr 5• W zakresie śmierci:<ul style="list-style-type: none">– § 3 ust. 1 i 2 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 4• W zakresie trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku:<ul style="list-style-type: none">– § 4 ust. 1, 2, 3 i 4 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 5• W zakresie pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku:<ul style="list-style-type: none">– § 5 ust. 1 pkt 1), ust. 2 i 4 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 6• W zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku:<ul style="list-style-type: none">– § 6 ust. 1, 2, 4 i 5 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 5• W zakresie czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku:<ul style="list-style-type: none">– § 7 ust. 1, 2, 3 i 4 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 7• W zakresie leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku:<ul style="list-style-type: none">– § 8 ust. 1 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 8• W zakresie uszczerbku Dziecka lub operacji Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku:<ul style="list-style-type: none">– § 9 ust. 1 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1– § 20 ust. 5 oraz ust. 8

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
<p>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • W zakresie całej umowy: <ul style="list-style-type: none"> – § 10 ust. 9 oraz ust. 10 • W zakresie śmierci: <ul style="list-style-type: none"> – § 3 ust. 3 o.w.u. – § 10 ust. 1 i 2 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 • W zakresie Assistance: <ul style="list-style-type: none"> – § 4 ust. 8 Załącznika nr 5 – § 5 Załącznika nr 5 z uwzględnieniem definicji z pkt 1), 4), 5), 6), 8) i 14) • W zakresie trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku: <ul style="list-style-type: none"> – § 4 ust. 6 i 7 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 – § 10 ust. 3 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 • W zakresie pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku: <ul style="list-style-type: none"> – § 5 ust. 1 pkt 2), 3), 5), i 6) o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 – § 10 ust. 4 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 • W zakresie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku: <ul style="list-style-type: none"> – § 6 ust. 6, 7, 10, 11, 12 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 – § 10 ust. 5 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z pkt Załącznika nr 1 • W zakresie czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku: <ul style="list-style-type: none"> – § 7 ust. 5 – § 10 ust. 6 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 • W zakresie leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku: <ul style="list-style-type: none"> – § 8 ust. 2, 3, 4, 5 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 – § 10 ust. 7 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 • W zakresie uszczerbku Dziecka lub operacji Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku: <ul style="list-style-type: none"> – § 9 ust. 1, 2 i 4 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1 – § 10 ust. 8 o.w.u. z uwzględnieniem definicji z Załącznika nr 1

Zależy nam na Twojej wygodzie i zadowoleniu z naszego ubezpieczenia dlatego postanowiliśmy ułatwić Ci zrozumienie tekstu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez wprowadzenie dodatkowych komentarzy, w których będziemy zwracać się bezpośrednio do Ciebie – czyli Klienta naszej firmy. Pamiętaj, że nasze komentarze nie mają charakteru wiążącego, gdyż nie są one integralną częścią umowy ubezpieczenia. Pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

CZĘŚĆ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU, CZYLI KTO I OD CZEGO MOŻE BYĆ UBEZPIECZONY

Dowiedz się najważniejszych rzeczy o ubezpieczeniu: co jest jego celem, w jakich sytuacjach chronimy Ciebie i Twoich bliskich, jaką kwotę otrzymasz gdy Tobie lub Twoim bliskim przytrafi się nieszczęśliwy wypadek oraz w jakich sytuacjach Allianz może odmówić wypłaty.

§ 1 GDZIE UREGULOWANE SĄ WARUNKI UMOWY?

1. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna zawiera umowy ubezpieczenia na życie (dalej: „umowy ubezpieczenia” lub wymiennie „umowy”) na podstawie tych ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun (dalej: o.w.u.).
2. Umowy ubezpieczenia mogą regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od o.w.u.
3. Terminom używanym w o.w.u., zatacznikach do o.w.u., wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia nadaje się znaczenia określone w Słowniku pojęć, który stanowi załącznik nr 1 do o.w.u.

§ 2 W JAKIM ZAKRESIE CHRONI UBEZPIECZENIE ALLIANZ OPIEKUN?

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w ramach pakietu Solo lub Duet, w zakresie Standard lub Komfort. Przy zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dodatkowo rozszerzyć zakres świadczonej przez Allianz ochrony o ubezpieczenie dla Dziecka/ Dzieci (odpowiednio nazwa pakietu: Solo Plus lub Duet Plus). Umowa ubezpieczenia zawierana za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego może być zawarta jedynie w ramach pakietu Solo lub Solo Plus w zakresie Standard lub Komfort.



Zwróć uwagę na to, iż dostępność poszczególnych pakietów zależy od formy kontaktu z nami, jaka zostanie wybrana w celu zawarcia umowy ubezpieczenia.

2.
 - 1) W zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu, przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - a) w pakiecie Solo – życie i zdrowie Ubezpieczonego,
 - b) w pakiecie Duet – życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz Współmatronka/Partnera,
 - c) w pakiecie Solo Plus oraz Duet Plus – dodatkowo życie i zdrowie Dziecka/Dzieci.
 - 2) Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Współmatronka/Partnera mają zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia jedynie o ile umowę tą zawarto w pakiecie Duet. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Dziecka/Dzieci mają zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia jedynie o ile umowę tą zawarto w pakiecie Solo Plus albo Duet Plus.
 3. W ramach umowy ubezpieczenia dostępne są 3 warianty sum ubezpieczenia dla poszczególnych zdarzeń. Ich wysokości zostały wskazane w Tabeli limitów.

Tabelę limitów znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku nr 2.

4. Zakres ubezpieczenia jest określony w polisie. W zależności od wybranego pakietu, obejmuje wystąpienie następujących zdarzeń:

		Zakres ubezpieczenia	
		Standard	Komfort
Pakiet Solo		<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku • Assistance 	<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku • trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • leczenie operacyjne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • Assistance
		<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku • trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Współmatronka/Partnera • śmierć Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Współmatronka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Współmatronka/Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku • Assistance 	<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku • trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • leczenie operacyjne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Współmatronka/Partnera • śmierć Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Współmatronka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Współmatronka/Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku • trwały uszczerbek na zdrowiu Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • czasowa niezdolność do pracy Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • leczenie operacyjne Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • Assistance
Pakiet Duet		<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku • Assistance 	<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku • trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • leczenie operacyjne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Współmatronka/Partnera • śmierć Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • śmierć Współmatronka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego • trwałe i całkowite inwalidztwo Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Współmatronka/Partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku • trwały uszczerbek na zdrowiu Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • czasowa niezdolność do pracy Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • leczenie operacyjne Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku • Assistance
		<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego • uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku 	<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Dziecka • uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku • pobyt w szpitalu Dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

5. Wybór pakietu, zakresu ubezpieczenia oraz wariantu sumy ubezpieczenia następuje przed zawarciem umowy ubezpieczenia i jest potwierdzony w polisie.

6. Zakres ubezpieczenia Assistance określają Warunki świadczenia usług Allianz Assistance, stanowiące załącznik do tych o.w.u.

Zapoznaj się z listą dostępnych usług Assistance. Znajdziesz ją w załączniku nr 5 do tych o.w.u.

§ 3 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE ŚMIERCI?

1. Allianz wypłaci świadczenie z tytułu śmierci w przypadku wystąpienia następującego zdarzenia:
 - a) śmierci osoby objętej ubezpieczeniem, jeśli nastąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony,
 - b) śmierci Ubezpieczonego lub Współmatłonka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nastąpiła w ciągu 12 miesięcy, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego lub Współmatłonka/Partnera wskutek wypadku komunikacyjnego, jeśli nastąpiła w ciągu 12 miesięcy, licząc od daty wypadku komunikacyjnego.
2. Allianz wypłaci świadczenie w wysokości:
 - a) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, wskazanej w polisie – w przypadku śmierci albo
 - b) łącznej kwoty, na którą składają się suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku wskazane w polisie – w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku albo
 - c) łącznej kwoty, na którą składają się suma ubezpieczenia z tytułu śmierci, suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego wskazane w polisie – w przypadku śmierci wskutek wypadku komunikacyjnego.
3. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, o których mowa w ust. 1 na zasadach określonych w § 10 ust. 1, 2, 9 i 10.

§ 4 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE TRWAŁEGO I CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ NA JAKIEJ PODSTAWIE STWIERDZI JEGO WYSTĄPIENIE?

1. Allianz wypłaci świadczenie jeśli trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego lub Współmatłonka/Partnera, wystąpiło w okresie 6 miesięcy, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Allianz wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie.
3. Allianz uznaje roszczenie w razie utraty przez Ubezpieczonego lub Współmatłonka/Partnera, zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
 - a) poruszanie się w domu lub przemieszczanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu samodzielnie lub z użyciem wózka, balkoniku (na jednym poziomie),
 - b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu zadowalającej higieny osobistej,
 - c) mycie i toaleta – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem i higieną osobistą w stopniu umożliwiającym utrzymanie zadowalającej higieny osobistej,
 - d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się bez konieczności pomocy innej osoby,
 - e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).
4. Wystąpienie trwałego i całkowitego inwalidztwa oraz datę jego powstania stwierdza lekarz uprawniony biorąc pod uwagę orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie oraz dane z dokumentacji medycznej (będącej podstawą wydania decyzji ZUS, KRUS lub innego organu). Allianz zastrzega sobie prawo powołania komisji lekarskiej celem przeprowadzenia badań i oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Współmatłonka/Partnera.
5. Komisja lekarska, o której mowa w ust. 4, powoływana jest nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy i nie później niż po upływie 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku. Koszt przeprowadzanych badań ponosi Allianz.
6. Wypłata świadczenia z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony z tytułu wystąpienia tego zdarzenia, świadczonej na rzecz Ubezpieczonego lub Współmatłonka/Partnera, któremu przyznano świadczenie.
7. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa, na zasadach określonych w § 10 ust. 3, 9 i 10.

§ 5 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ TEJ KWOTY?

1.
 - 1) Allianz wypłaci świadczenie jeśli pobyt osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku, rozpoczął się w okresie ochrony oraz trwał nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu.
 - 2) Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu zdarzeń, które wystąpiły w roku polisowym, licząc od początku trwania ochrony w stosunku do danej osoby objętej ubezpieczeniem, nie może przekroczyć świadczenia za 180 pełnych dni pobytu w szpitalu.
2.
 - 1) Z tytułu pobytu w szpitalu Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu świadczenia dziennego i liczby pełnych dni pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w pkt. 2.
 - 2) Wysokość świadczenia dziennego wynosi 1% sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, za 1 pełny dzień pobytu w szpitalu.



Najlepiej wyjaśnić powyższy zapis na przykładzie. Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem przebywała w szpitalu przez 7 dni, wówczas wypłacimy świadczenie, które obliczymy w następujący sposób (wyliczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia):
 $150 \text{ zł (świadczenie dzienne)} \times 7 \text{ (liczba pełnych dni pobytu w szpitalu)} = 1\,050 \text{ zł}$

3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia nie zostaną uwzględnione ani objęte przepustką w trakcie pobytu w szpitalu. Liczbę dni objętych przepustką liczy się według zasad określonych w pkt 18) Słownika pojęć stosowanych do pełnych dni pobytu w szpitalu.

Słownik pojęć znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku nr 1.

4. W przypadku gdy pobyt w szpitalu przekracza 30 dni i trwa nadal, uprawniony do świadczenia może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni pobytu w szpitalu, zachowując prawo do żądania dalszej części świadczenia. Zasadę, o której mowa w zdaniu poprzednim, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego co najmniej 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.



Jeśli pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku przedłuży się ponad miesiąc i będzie trwał nadal, nie trzeba czekać na wypis ze szpitala aby otrzymać należne z polisy pieniądze. O wypłatę świadczenia można zwrócić się do nas już po 30 dniu pobytu w szpitalu.

5. Jeśli w tym samym dniu osoba objęta ubezpieczeniem była pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
6. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu na zasadach określonych w § 10 ust. 4, 9 i 10.

§ 6 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ NA JAKIEJ PODSTAWIE STWIERDZI JEGO WYSTĄPIENIE?

1. Z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia i odpowiedniego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu, wskazanego w Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.



Przykładowo, jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem trafiła do szpitala gdzie przeszła zabieg jednoczesnej amputacji kciuka i palca wskazującego (ręka prawa – dominująca) wówczas wypłacimy świadczenie, które obliczymy w następujący sposób (wyliczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia): 35% (odpowiedni procent trwałego uszczerbku na zdrowiu) \times $30\,000$ zł (suma ubezpieczenia) = $10\,500$ zł
Pamiętaj! Niezależnie od tego wypłacimy również świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z § 5.

- Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz uprawniony, z zastrzeżeniem, że procent trwałego uszczerbku jest orzekany na podstawie Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, doręczonej Ubezpieczającemu wraz z dokumentami ubezpieczenia i stanowiącej załącznik do o.w.u.



Zapoznaj się z Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz Suplementem do tej tabeli – są one integralną częścią tego ubezpieczenia.

- Stożek trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza uprawnionego, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia nieszczęśliwego wypadku.
- Bezsporną część świadczenia orzeka lekarz uprawniony na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.
- Allianz określa jako bezsporną tę część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
- Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane do maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- Jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po nieszczęśliwym wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem.
- Jeśli Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner zmarł, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określają, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze uprawnieni, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
- Jeśli jedną z przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego było przeciążenie, przy orzekaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz dokona wnikliwej analizy wywiadu medycznego i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, i ustali procent trwałego uszczerbku na zdrowiu adekwatny do stanu zdrowia przed urazem oraz do czynnika sprawczego i mechanizmu zdarzenia.
- W razie zaniechania przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza uprawnionego mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
- Niezależnie od liczby nieszczęśliwych wypadków w czasie trwania ochrony świadczonej przez Allianz w danym roku polisowym świadczenia wypłacane z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na rzecz danej osoby mogą wynieść łącznie maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia.



Zwróć uwagę na fakt, iż wypłata świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości 100% sumy ubezpieczenia nie skutkuje ustaniem ochrony z tytułu innych zdarzeń.

- Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu na zasadach określonych w § 10 ust. 5, 9 i 10.

§ 7 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU?

- Allianz wypłaci świadczenie jeśli czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera skutkuje pobyt w szpitalu trwającym nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni, z zastrzeżeniem, że pobyt ten rozpoczyna się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku, w rezultacie którego Ubezpieczony lub Współmałżonek/Partner jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres minimum 30 dni.



Najlepiej wyjaśnić powyższe postanowienie na przykładzie. Jeśli w wyniku wypadku osoba objęta ubezpieczeniem trafiła do szpitala i otrzymała zwolnienie lekarskie na okres 30 dni, wówczas wypłacimy świadczenie w wysokości 750 zł (wyliczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia – kwota wskazana w Tabeli limitów). Pamiętaj! Niezależnie od tego wypłacimy również świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z § 5. W zależności od skutków jakie spowodował nieszczęśliwy wypadek możliwe jest również otrzymanie wypłaty z tytułu innych zdarzeń.

- Z tytułu czasowej niezdolności do pracy Allianz wypłaci świadczenie w wysokości wskazanej w Tabeli limitów.

Zapoznaj się z wysokością świadczenia wskazaną w Tabeli limitów. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 2.

- Czasowa niezdolność do pracy musi być potwierdzona zwolnieniem lekarskim wystawionym na nieprzerwany okres minimum 30 dni. Allianz wypłaci świadczenie za okres kolejnych 30 dni czasowej niezdolności do pracy jeśli zachowana została ciągłość zwolnienia lekarskiego.
- Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy została wskazana w Tabeli limitów.
- Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy na zasadach określonych w § 10 ust. 6, 9 i 10.

§ 8 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE LECZENIA OPERACYJNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ TEJ KWOTY?

- Allianz wypłaci świadczenie jeśli zabieg operacyjny Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony oraz był związany z pobyt w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni.
- Z tytułu leczenia operacyjnego Allianz wypłaci świadczenie definiowane jako odpowiedni procent sumy ubezpieczenia, zależny od zabiegu operacyjnego, wskazany w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej załącznik do o.w.u., maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy wskazanej w polisie – na rzecz odpowiednio Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera.



Przykładowo, jeśli wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem trafiła do szpitala gdzie przeszła zabieg operacyjny nastawienia złamania szczęki wówczas wypłacimy świadczenie, które obliczymy w następujący sposób (wyliczenie dla Złotego wariantu sumy ubezpieczenia): 40% (odpowiedni procent z Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku) \times $15\,000$ zł (suma ubezpieczenia) = $6\,000$ zł
Pamiętaj! Niezależnie od tego wypłacimy również świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu zgodnie z § 5. W zależności od skutków jakie spowodował nieszczęśliwy wypadek możliwe jest również otrzymanie wypłaty z tytułu innych zdarzeń.

Zapoznaj się z Tabelą oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 3.

3. Świadczenie wypłacane jest za jeden zabieg operacyjny (o najwyższej wartości świadczenia określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku) w obrębie tego samego narządu, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Jeśli w czasie jednego pobytu Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera, na bloku operacyjnym zostanie wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny dotyczący tego samego lub kilku narządów, Allianz wypłaci jedno świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
5. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu leczenia operacyjnego na zasadach określonych w § 10 ust. 7, 9 i 10.

§ 9 KIEDY I JAKĄ KWOTĘ ALLIANZ WYPŁACI W RAZIE USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB OPERACJI DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU?

1.
 - 1) Z tytułu wystąpienia u Dziecka uszczerbku na zdrowiu Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia i odpowiedniego procentu uszczerbku na zdrowiu, wskazanego w Tabeli oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do o.w.u., jeśli uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) w okresie 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy.
 - 2) Z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego przez Dziecko, Allianz wypłaci świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia i odpowiedniego procentu przyporządkowanego zabiegowi operacyjnemu, wskazanego w Tabeli zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej załącznik do o.w.u., jeśli zabieg operacyjny miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy, przy czym:
 - a) świadczenie wypłacane jest pod warunkiem pobytu w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni w związku z przebyciem zabiegami operacyjnymi,
 - b) świadczenie wypłacane jest za jeden zabieg operacyjny (o najwyższej wartości świadczenia określony w Tabeli zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku) w obrębie tego samego narządu, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) przebiecie zabiegu operacyjnego ma służyć leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku pozostających w bezpośrednim związku z tym zdarzeniem.

Zapoznaj się z Tabelami oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Znajdziesz je na końcu dokumentu w załączniku nr 4.

2. Jeśli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Dziecko doznało kilku uszczerbków na zdrowiu lub podczas zabiegu operacyjnego będącego skutkiem tego samego nieszczęśliwego wypadku operowany jest więcej niż jeden narząd to świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% sumy ubezpieczenia.



Zwróć uwagę na limit sumy ubezpieczenia, który jest wspólny dla uszczerbku na zdrowiu oraz przebycia zabiegu operacyjnego. Jest on określony w Tabeli limitów. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 2.

3. Jeśli Dziecko zmarło z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a wystąpienie uszczerbku na zdrowiu nie zostało wcześniej orzeczone, to wystąpienie uszczerbku na zdrowiu orzeka ją, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze uprawnieni, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
4. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych Dziecka na zasadach określonych w § 10 ust. 8, 9 i 10.

§ 10 W JAKICH PRZYPADKACH ALLIANZ MOŻE ODMÓWIĆ WYPŁATY?

Poznaj poniższą listę okoliczności, które znoszą odpowiedzialność Allianz.

1. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem będącej wynikiem:
 - 1) samobójstwa dokonanego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia na podstawie o.w.u.,
 - 2) samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę osoby objętej ubezpieczeniem,
 - 3) czynnego udziału osoby objętej ubezpieczeniem w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
 - 4) czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby objętej ubezpieczeniem w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału w rozruchach lub zamieszkach.
2. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego będącego bezpośrednim wynikiem:
 - 1) działania Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych lub innych stanów drgawkowych, jeśli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
 - 3) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których:
 - a) Ubezpieczony lub Współmatronka/Partner był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - b) Ubezpieczony lub Współmatronka/Partner kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 5) czynnego udziału Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału w aktach terroru,
 - 6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - 7) wyczynowego lub zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych,
 - 8) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - 9) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 10) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 12) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 13) chorób somatycznych, w tym zawatu serca lub udaru mózgu,
 - 14) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,

- 15) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - 16) prowadzenia przez Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera pojazdu:
 - a) bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem,
 - b) pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego, o ile mogło to mieć bezpośredni wpływ na powstanie szkody lub zwiększenie jej rozmiarów.
- 3.
- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
 - 2) Dodatkowo odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwicy.
4. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu osoby objętej ubezpieczeniem wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2 lub jeśli pobyt w szpitalu związany był z:
- a) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi,
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony,
 - c) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - d) rehabilitacją w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), sanatorium i uzdrowisku, w którym leczenie to było prowadzone.
- 5.
- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
 - 2) Dodatkowo odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwicy.
6. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
7. Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu leczenia operacyjnego Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2. lub gdy zdarzenie było wynikiem wad wrodzonych lub schorzeń związanych z wadami wrodzonymi.
- 8.
- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli nieszczęśliwy wypadek był bezpośrednim wynikiem okoliczności wskazanych w ust. 2.
 - 2) Dodatkowo odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwicy.
9. Niezależnie od wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w ustępach powyżej Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności jeśli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, był bezpośrednim wynikiem wykonywania przez osobę objętą ubezpieczeniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności związanych z pracą zarobkową o następującym charakterze: prace na wysokościach powyżej 7 metrów, prace pod ziemią, prace pod napięciem powyżej 220 V, prace z materiałami wybuchowymi lub toksycznymi, prace przy wyrębie drzew lub prace fizyczne w tartaku, ratownictwo górskie, ochrona osób i mienia z użyciem broni palnej, służby mundurowe z wyłączeniem pracowników biurowych, strażak, kaskader, akrobata, hodowca/opiekun/treser drapieżnych zwierząt, nurek.
10. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień lub bólu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia, ani nie wpływa na wysokość świadczenia Allianz.

CZĘŚĆ II. UMOWA UBEZPIECZENIA, JAK JĄ ZAWRZEĆ I ROZWIĄZAĆ

Dowiedz się jak zawrzeć i rozwiązać umowę, dla kogo możesz wykupić ochronę, jak długo ona trwa oraz jak przedłużyć ochronę na kolejny rok.

§ 11 JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ?

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie pisemnej lub za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego, pod warunkiem opublikowania na stronie www.allianzdirect.pl informacji o udostępnieniu takiej usługi.



Jeśli na stronie www.allianzdirect.pl nie znajdziesz informacji o możliwości zawarcia umowy przez internet skontaktuj się z nami pod numerem infolinii: 224 224 224 w celu umówienia spotkania z Agentem lub zawarcia umowy przez telefon.

3.
 - 1) Umowa ubezpieczenia może być zawarta:
 - a) w przypadku pakietu Solo – na rzecz Ubezpieczonego,
 - b) w przypadku pakietu Duet – na rzecz Ubezpieczonego oraz Współmatronka/Partnera,
 - c) w przypadku pakietu Solo Plus oraz Duet Plus – dodatkowo na rzecz Dziecka/ Dzieci.
 - 2) Umowa ubezpieczenia w ramach pakietu Duet lub Duet Plus może być zawarta jedynie w formie pisemnej.
 - 3) Umowa ubezpieczenia może być zawarta za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego jeśli Ubezpieczający zawiera ją na własną rzecz. Zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego w ramach pakietu Solo Plus jest możliwe jedynie gdy Ubezpieczający jest przedstawicielem ustawowym Dziecka/Dzieci.



Wybierz dogodną dla siebie formę zawarcia umowy ubezpieczenia. Zwróć uwagę, że zakres ubezpieczenia i możliwość wyboru poszczególnych pakietów różni się w zależności od formy kontaktu z nami, którą wybierzesz.

4. Warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia jest uprzednie zapoznanie się i zaakceptowanie przez Ubezpieczającego treści o.w.u. wraz z załącznikami. W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego Ubezpieczający dodatkowo zobowiązany jest do zaakceptowania treści regulaminu dotyczącego świadczenia usług drogą elektroniczną.



Pamiętaj, aby uważnie zapoznać się z postanowieniami o.w.u., które otrzymasz od Agenta lub znajdziesz na naszej stronie internetowej: www.allianz-direct.pl.

5. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia wybiera rodzaj pakietu, zakres ubezpieczenia, wariant sumy ubezpieczenia oraz częstotliwość i tryb opłacania składek.



To Ty decydujesz o kształcie swojego ubezpieczenia. Z pomocą Agenta lub konsultanta infolinii Allianz możesz dopasować je do swoich potrzeb.

6.
 - 1) W razie zawierania umowy ubezpieczenia w formie pisemnej dniem jej zawarcia jest dzień podpisania przez Ubezpieczającego, osobę objętą ubezpieczeniem oraz przedstawiciela Allianz kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku, który stanowi integralną część polisy.
 - 2) Zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego następuje z dniem wpłynięcia na wskazany przez Allianz rachunek bankowy pierwszej składki. Allianz potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiając polisę.
7. Ubezpieczony, Współmatronka/Partner lub Dziecko mogą być objęci ochroną z tytułu wyłączenie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie o.w.u.

8. Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeśli pierwsza składka została wpłacona po śmierci osoby objętej ubezpieczeniem.

§ 12 KTO MOŻE ZOSTAĆ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM?

- Ochroną Allianz może objąć:
 - Ubezpieczonego, Współmatronka/Partnera, którzy w dniu rozpoczęcia ochrony mają ukończone 18 lat i nie mają ukończonych 65 lat,
 - Dziecko, które w dniu rozpoczęcia ochrony ma ukończone 1 rok i nie ma ukończonych 18 lat.
- Istnieje możliwość objęcia ochroną więcej niż jednego Dziecka, pod warunkiem zapłaty dodatkowej składki wskazanej przez Allianz.

§ 13 JAK DŁUGO TRWA OCHRONA?

- Ochrona rozpoczyna się od daty podanej w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki, a kończy się z upływem okresu, na jaki zawarto umowę ubezpieczenia.
- Ochrona względem danej osoby objętej ubezpieczeniem wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:
 - z dniem śmierci danej osoby,
 - z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - z ostatnim dniem okresu prolongaty, o którym mowa w § 17 ust. 1 pkt 1.

§ 14 JAKIE SĄ WARUNKI ROZWIĄZANIA UMOWY?

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia z zastrzeżeniem ust. 2. Jeśli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- W przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego termin, w którym Ubezpieczający może odstąpić od umowy, wynosi 30 dni od dnia otrzymania od Allianz potwierdzenia informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 1, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą kwotę, pomniejszoną o kwotę stanowiącą równowartość składki ubezpieczeniowej za każdy dzień udzielonej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia w formie pisemnej za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wzięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.
 - W przypadku zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu lub serwisu internetowego albo zawierania kolejnej umowy ubezpieczenia na odległość, do zachowania 30 dniowego terminu na odstąpienie, wystarczy wystanie przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia przed upływem wskazanego terminu.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia lub składki wpłaconej po rozwiązaniu umowy.



Jeśli chcesz zerwać z nami umowę i poinformujesz nas o tym w ciągu 30 dni od zawarcia umowy (w przypadku umowy zawieranej za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego – wyślesz do nas pisemne oświadczenie o odstąpieniu w ciągu 30 dni od dnia otrzymania od Allianz potwierdzenia informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia), zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszt ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeśli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie (wypowiesz umowę), Twoją rezygnację potraktujemy jako wiążącą z dniem, w którym złożysz oświadczenie o swojej decyzji. W tej sytuacji zwrócimy Ci składkę za okres, w którym nie będziemy udzielać już ochrony.

7. Umowa ubezpieczenia, poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1- 6, ulega rozwiązaniu również w każdej z niżej wymienionych sytuacji:
- wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w pakiecie Solo lub Solo Plus,
 - z dniem jednoczesnej śmierci Ubezpieczonego oraz Współmatronka/ Partnera lub z dniem śmierci ostatniej z tych osób w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w pakiecie Duet lub Duet Plus,
 - z upływem okresu na jaki została zawarta.

§ 15 JAKIE SĄ ZASADY ZAWARCIA KOLEJNEJ UMOWY?



Pamiętaj, że zawarcie umowy na kolejny roczny okres jest doskonałą okazją do zmiany warunków Twojego ubezpieczenia. Zmienić możesz pakiet, zakres ubezpieczenia i wariant sumy ubezpieczenia. W tym celu skontaktuj się z nami i poinformuj o swojej decyzji.

- Najpóźniej na 30 dni przed dniem zakończenia ochrony Allianz może zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny rok, doręczając Ubezpieczającemu polisę wraz ze wskazaniem warunków i zakresu ubezpieczenia oraz wysokości należnej składki.
- W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 4 Allianz oferuje Ubezpieczającemu zawarcie umowy ubezpieczenia na kolejny rok z wyłączeniem ryzyka trwałego i catkowego inwalidztwa względem danej osoby.
- Ubezpieczający wyraża zgodę na zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia poprzez opłacenie w terminie określonym w ofercie Allianz składki (lub jej pierwszej raty) w pełnej wysokości zgodnie z treścią określoną w doręczonej mu polisie.
- Ochrona z tytułu kolejnej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od daty podanej w doręczonej Ubezpieczającemu polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki.

CZĘŚĆ III. SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA

Dowiedz się jak opłacać składkę i co się stanie jeśli nie zapłacisz jej w terminie. Poznaj również zasady wyboru sumy ubezpieczenia.

§ 16 JAKIE SĄ ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI?

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości i z częstotliwością wskazaną w polisie.
- Składka jest płatna z góry regularnie za okresy miesięczne, kwartalne, za okresy półroczne lub jednorazowo za cały rok obowiązywania umowy ubezpieczenia.
 - W razie zawarcia umowy w formie pisemnej Allianz zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych lub kwartalnych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności, realizowanego przez bank obsługujący rachunek bankowy Ubezpieczającego.



Do Ciebie należy wybór z jaką częstotliwością chcesz opłacać składki. W ten sposób możesz dostosować płatności do swoich możliwości finansowych.

- Datą opłacenia składki jest dzień wpływu składki w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.
- Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Wysokość składki określana jest przez Allianz w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego i w zależności od wybranego pakietu, zakresu ubezpieczenia, wariantu sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek.

5.
 - 1) W razie zawarcia umowy w formie pisemnej pierwsza składka jest płatna najpóźniej na dzień przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w polisie.
 - 2) W razie zawierania umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić pierwszą składkę w wysokości wskazanej w ofercie Allianz przygotowanej dla Ubezpieczającego za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego. Wskazana przez Allianz data płatności pierwszej składki jest datą ważności oferty. Po tej dacie składka lub rata nie może być opłacona, a oferta staje się nieważna. Zawarcie umowy ubezpieczenia za pośrednictwem telefonu albo serwisu internetowego następuje z dniem opłacenia pierwszej składki.
6. Zmiana częstotliwości opłacania składki może zostać dokonana na wniosek Ubezpieczającego w każdą datę wymagalności składki, za zgodą Allianz.



Jeśli zadeklarowana przez Ciebie częstotliwość opłacania składki stanie się niedogodna, możesz zgłosić nam chęć jej zmiany.

7. Poza składką ubezpieczeniową, dodatkowym kosztem wynikającym z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość jest koszt rozmowy telefonicznej, w przypadku gdy osoba kontaktująca się z Allianz dzwoni osobiście na infolinię na numer 224 224 224 – koszt rozmowy telefonicznej według stawek operatora osoby dzwoniącej. Koszty związane z korzystaniem z serwisu internetowego, a także koszty wysyłki propozycji zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia oraz potwierdzenia informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia pokrywa Allianz.

§ 17 JAKIE SĄ KONSEKWENCJE NIEOPŁACENIA SKŁADKI?

1.
 - 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, w przypadku jej płatności z częstotliwością inną niż roczna, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności (dalej: „okres prolongaty”). W okresie prolongaty osobie objętej ubezpieczeniem przysługuje prawo do ochrony, która wygasa wraz z upływem okresu prolongaty.
 - 2) W okresie prolongaty Allianz poinformuje Ubezpieczającego o niezapłaceniu składki regularnej jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie.
 - 3) Wraz z upływem okresu prolongaty ochrona wygasa. W okresie do 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki regularnej, Ubezpieczający ma możliwość wznowienia ochrony przez zapłatę zaległych składek, postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio.
 - 4) Jeśli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, i ochrona nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w ust. 2, Allianz uznaje, że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.



Pamiętaj, że terminowe opłacanie składek gwarantuje ciągłość ochrony. Gdybyś nie opłacił składki w terminie, przypomniemy Ci o tym.

2. Allianz może wznowić ochronę w wypadku wptynięcia wszystkich zaległych składek na konto Allianz w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wznowienie ochrony, powodujące zachowanie jej ciągłości, następuje w dniu wptynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek. Składki, które wptynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

§ 18 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Wysokości sum ubezpieczenia dla każdego ze zdarzeń są zgodne z wyborem dokonany przez Ubezpieczającego, podczas zawierania umowy ubezpieczenia i są potwierdzone w polisie.

2. Wysokości sum ubezpieczenia pozostają niezmiennie w trakcie rocznego okresu ubezpieczenia.

CZĘŚĆ IV. POSTĘPOWANIE NA WYPADEK ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Dowiedz się co zrobić jeśli Tobie lub Twoim bliskim przytrafi się nieszczęśliwy wypadek, jakie dokumenty będą nam potrzebne do rozpatrzenia zgłoszenia oraz komu wypłacamy pieniądze.

§ 19 KOMU WYPŁACIMY ŚWIADCZENIE?



Niektóre ze świadczeń należne są osobom uprawnionym wskazanym przez Ubezpieczonego lub jego Współmatronka/Partnera (świadczenia należne z tytułu śmierci). Świadczenia z tytułu pozostałych zdarzeń zostaną natomiast wypłacone osobie, której zdarzenie dotyczy.

1.
 - 1) Ubezpieczony i Współmatronka/Partner może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
 - 2) Ubezpieczony i Współmatronka/Partner ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt 1.



Do Ubezpieczonego i Współmatronka/Partnera należy wskazanie osób, które otrzymają świadczenie po ich śmierci. Zmiany dyspozycji można dokonać w każdym momencie trwania ubezpieczenia. Jeśli jednak uposażeni nie zostaną wyznaczeni wówczas świadczenie z tytułu śmierci otrzymają osoby wskazane w § 19 ust. 2.

- 3) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wptynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Allianz.
 - 4) Jeśli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera,
 - 5) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera, traci prawo do świadczenia.
 - 6) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera.
 - 7) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego, lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z wskazań Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera.
 - 8) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego lub też utraty przez nich prawa do świadczenia, prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt 7.
2.
 - 1) Jeśli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmatronkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmatronka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmatronka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmatronka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeśli brak osób wymienionych powyżej.

- 2) Zasadę, o której mowa w pkt 1 powyżej stosuje się odpowiednio do Współmatronka/Partnera.
3. W razie śmierci Dziecka objętego ubezpieczeniem świadczenie przysługuje odpowiednim członkom rodziny Dziecka w kolejności określonej w ust. 2 pkt 1 powyżej.
4. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu:
 - a) trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - d) czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - e) leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
 jest Ubezpieczony lub Współmatronek/Partner, którego zdarzenie dotyczy.
5. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu:
 - a) uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - b) pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jest Dziecko, którego zdarzenie dotyczy.

- 4) Świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia wypłacane są w formie jednorazowej, w złotych polskich.
 - 5) W razie śmierci osoby objętej ubezpieczeniem przed wypłatą uznanych przez Allianz świadczeń z tytułu zdarzeń innych niż śmierć tej osoby, należne z tego tytułu świadczenie wchodzi do masy spadkowej po danej osobie.
3.
 - 1) Allianz wypłaca świadczenie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
 - 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.



Wpłaty świadczenia uprawniony może się spodziewać w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu. Pamiętaj, że im wcześniej zostanie zgłoszone roszczenie i dostarczone zostaną wszystkie wymagane dokumenty, tym szybciej wypłacimy świadczenie.

§ 20 NA JAKIEJ PODSTAWIE ALLIANZ WYPŁACI ŚWIADCZENIE?

1.
 - 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo Jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
 - 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeśli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeśli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 - 3) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Allianz.
 - 4) Na podstawie przesłanej dokumentacji Allianz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - e) sposobu przekazania świadczenia.
 - 5) W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w innej formie niż pisemna, osoba objęta ubezpieczeniem, w razie zgłaszania roszczenia, zobowiązana jest do udzielenia Allianz pisemnej zgody na przetwarzanie danych osobowych dotyczących swojego stanu zdrowia oraz zgody na pozyskiwanie przez Allianz danych o swoim stanie zdrowia z placówek medycznych.
 2.
 - 1) Po zajściu nieszczęśliwego wypadku osoba objęta ubezpieczeniem jest zobowiązana poddać się opiece lekarskiej, a także użyć dostępnych jej środków w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
 - 2) W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania osoby objętej ubezpieczeniem obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym punkcie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą odbywać się na koszt Allianz w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz.
 - 3) Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedłożenie Allianz dokumentacji medycznej w języku angielskim, jak również w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpił nieszczęśliwy wypadek.
 - 3) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 - 4) Jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 - 5) Z tytułu wystąpienia w okresie prologaty zdarzeń objętych ochroną Allianz wypłaci świadczenie pomimo niezapłaconej składki. Allianz jest uprawniony dochodzić składki za okres prologaty, w którym udzielał ochrony.
4. W przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem osoba zgłaszająca roszczenie powinna dotychczas posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem,
 - b) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - c) dodatkowo w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego:
 - karta statystyczna zgonu lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia,
 - protokół badania sekcijnego w przypadku jego wykonania,
 - opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
 - orzeczenie kończące postępowanie w sprawie – jeśli prowadzone było dochodzenie śledztwo,
 - prawo jazdy Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera i dowód rejestracyjny prowadzonego przez niego pojazdu w razie śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego,
 - d) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
 5.
 - 1) W przypadku trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku i uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie powinna dotychczas posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - b) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji (nie dotyczy trwałego i całkowitego inwalidztwa),
 - c) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, określające stan zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem (dotyczy tylko trwałego i całkowitego inwalidztwa),
 - d) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,

- e) protokół BHP – jeśli nieszczęśliwy wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - f) notatka policyjna – w przypadku zawiadomienia policji,
 - g) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie – jeśli prowadzone było dochodzenie/sledztwo,
 - h) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - i) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wptynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
- 2) W razie trzykrotnego niestawienia się osoby objętej ubezpieczeniem – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo – na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, pomimo trzykrotnego pisemnego powiadomienia na ostatni podany przez Ubezpieczającego adres, Allianz zastrzega sobie prawo do wplaty bezspornej części świadczenia w oparciu o dostarczoną lub pozyskaną przez Allianz dokumentację.
6. W przypadku pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie powinna dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
- a) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - b) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - c) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
 - d) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - e) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wptynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
7. W przypadku czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie powinna dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
- a) pełna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia i hospitalizacji Ubezpieczonego lub Współmatżonka/Partnera, po nieszczęśliwym wypadku, w tym potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia zwolnienia lekarskiego wraz z zaświadczeniem o diagnozie lekarskiej schorzenia, które stało się przyczyną zwolnienia,
 - b) zaświadczenie o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji,
 - c) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
 - e) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wptynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
8. W przypadku leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub zabiegów operacyjnych Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie powinna dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
- a) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - b) kompletna dokumentacja medyczna związana z danym leczeniem operacyjnym,
 - c) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
 - e) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz na piśmie po wptynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 4-8, należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.

CZĘŚĆ V. POSTANOWIENIA KOŃCOWE, W TYM ZASADY KOMUNIKACJI W TRAKCIE TRWANIA UMOWY

Dowiedz się o wzajemnych obowiązkach informacyjnych stron umowy oraz gdzie możesz się zwrócić gdybyś był niezadowolony z ubezpieczenia.

§ 21 JAKIE ZASADY OBOWIĄZUJĄ W UBEZPIECZENIU NA CUDZY RACHUNEK?

1. Zmiana umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego wymaga jego zgody.



Zadbaj o to by osoba, na rzecz której zawierasz umowę znała jej szczegóły i wiedziała o wszystkich dokonywanych przez Ciebie zmianach.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeśli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 24 ust. 1. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 24 ust. 1,
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 24 ust. 2.
3. Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone w § 24 w ust. 1 oraz 2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 22 JAK POSTĘPOWAĆ W PRZYPADKU SKŁADANIA REKLAMACJI?

1. Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
 - a) w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub postańca,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
 - c) w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wystanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
4. Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta.
5. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. W przypadku klienta będącego osobą fizyczną wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Zgodnie z art. 37 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym Allianz jest zobowiązany do udziału w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązania sporów, które jest przeprowadzane przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl).

8. Pozew lub wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do sądu polubownego działającego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Rozpatrzenie sprawy przez sąd polubowny wymaga zgody Allianz.
9. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy Allianz a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.



Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie: www.allianz.pl lub adresu: skargi@allianz.pl.

§ 23 OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

1. Allianz jest administratorem danych osobowych zbieranych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tego o.w.u. Pełna treść klauzuli opisującej zasady na jakich Allianz przetwarza dane osobowe udostępniana jest przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Informacje na temat zasad przetwarzania przez Allianz danych osobowych dostępne są również na stronie www.allianz.pl.

§ 24 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeśli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
2. Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3 o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
3. Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współmatrzonek/Partner i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu oraz danych osobowych zawartych w polisie, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian.



Abyś miał pewność, że zawsze będziemy mogli się z Tobą skontaktować poinformuj nas o zmianie danych osobowych lub adresowych.

5. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że o.w.u. lub warunki umów dodatkowych dopuszczają inną formę komunikacji lub strony uzgodnią inaczej. Jeśli Allianz udostępni możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną w innych sprawach niż przewidziane w o.w.u. lub w warunkach umów dodatkowych, zawiadomienia i oświadczenia związane z wykonywaniem umowy, będą mogły być składane również w innej formie.
6. Przy wykonywaniu umowy ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
7. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczającym, osobą objętą ubezpieczeniem, Uposażonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia a Allianz jest język polski, z zastrzeżeniem § 20 ust. 2 pkt 3).
8. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. Jeśli roszczenia osób uprawnionych z tytułu umów ubezpieczenia na życie nie mogą być pokryte przez Allianz z powodu:
 - a) upadłości Allianz,
 - b) oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości Allianz lub umorzenia postępowania upadłościowego, gdy majątek Allianz oczywiście nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
 - c) zarządzenia likwidacji przymusowej Allianz,gwarantowane są świadczenia dla osób fizycznych w wysokości 50% wiarytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłoszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.
11. Wypłatami świadczeń, o których mowa w punkcie poprzedzającym zajmuje się Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.
12. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.
13. Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 1/2019 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 25 stycznia 2019 r.

MATTHIAS BALTIN
WICEPREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

GRZEGORZ KULIK
WICEPREZES ZARZĄDU

Załączniki do o.w.u.:

1. Słownik pojęć
2. Tabela limitów
3. Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego wskutek nieszczęśliwego wypadku
4. Tabele: oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku (dotyczą Dzieci)
5. Warunki świadczenia usług Allianz Assistance
6. Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku wraz z Suplementem do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującym do umów ubezpieczenia Allianz Opiekun
7. Załącznik o opodatkowaniu świadczeń

SŁOWNIK POJĘĆ

Poznaj definicje używanych przez nas pojęć występujących w o.w.u. Allianz Opiekun, aby móc dobrze zrozumieć zasady działania ubezpieczenia.

Terminom używanym w o.w.u., załącznikach do o.w.u., wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia nadaje się następujące znaczenia:

- Akt terroru** – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu osoby objętej ubezpieczeniem bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub takich narzędzi walki, których użycie zagraża zdrowiu lub życiu osoby objętej ubezpieczeniem.
 - Allianz** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, działająca na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dn. 28 lutego 1997 r. kapitał zakładowy: 118 631 000 zł opłacony w całości.
 - Czasowa niezdolność do pracy** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego i/lub Współmatronka/Partnera spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem skutkujące pobyt w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu, w rezultacie którego osoba ta jest całkowicie niezdolna do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej przez okres minimum 30 dni.
 - Czynny i niezgodny z prawem udział w aktach przemocy** – skierowanie przez osobę objętą ubezpieczeniem czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli osoby objętej ubezpieczeniem lub do określonego zachowania zgodnego z jej wolą, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
 - Czynny i niezgodny z prawem udział w rozruchach lub zamieszkach** – udział osoby objętej ubezpieczeniem w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu lub działalność osoby objętej ubezpieczeniem polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
 - Czynny udział w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział osoby objętej ubezpieczeniem w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
 - Dyrekcja Generalna Allianz (Centrala)** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
 - Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
 - obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
 - Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera, którego życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia i które w dniu rozpoczęcia ochrony ma ukończone 1 rok i nie ma ukończonych 18 lat.
 - Dzień rozpoczęcia ochrony** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz rozpoczyna świadczyć ochronę.
 - Lekarz uprawniony** – lekarz wyznaczony przez Allianz do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania ekspertyz lekarskich.
 - Leczenie operacyjne/zabieg operacyjny/operacja** – leczenie chirurgiczne, związane z doznanymi obrażeniami ciała, będącymi skutkiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ochrony świadczony przez Allianz, przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia
- zdiagnozowanego, i określonego w dokumentacji medycznej, stanu chorobowego, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:
- prowadzonych w celach diagnostycznych;
 - niewymagających naruszenia ciągłości powłok ciała;
 - wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych;
 - dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
 - przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej;
 - cięcia cesarskiego.
- Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.



Przykładowo, jeżeli Twoja ochrona rozpoczyna się np. w dniu 20 stycznia, wówczas 20. dzień każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego jest pierwszym dniem każdego miesiąca polisowego Twojego ubezpieczenia. W tym przypadku miesiąc polisowy liczymy od 20. dnia miesiąca do 19. dnia miesiąca następnego.

- Nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - jest niezależne od woli lub stanu zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem,
 - jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony Allianz w odniesieniu do osoby objętej ubezpieczeniem,
 - było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego ochroną,
 - skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- Oparzenie** – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem wysokiej temperatury, prądu elektrycznego, substancji chemicznych, promieniowania (w tym promieniowania jonizującego), z wyłączeniem oparzeń słonecznych; rozległość i głębokość oparzeń (stopień oparzeń) oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Browdera).
- Oparzenia dróg oddechowych** – oparzenia powstałe w wyniku wdychania dymu, gazów lub środków chemicznych, manifestujące się obrzękiem tkanki płucnej, zapaleniem płuc, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych i skutkujące pobyt w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu.
- Osoba objęta ubezpieczeniem** – jest/ są to odpowiednio:
 - dla pakietu Solo – Ubezpieczony,
 - dla pakietu Duet – Ubezpieczony oraz Współmatronka/Partner,
 - dla pakietu Solo Plus – Ubezpieczony oraz Dziecko/Dzieci,
 - dla pakietu Duet Plus – Ubezpieczony oraz Współmatronka/Partner oraz Dziecko/Dzieci.
- Pełny dzień pobytu w szpitalu** – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu w szpitalu (do godz. 24:00) z zastrzeżeniem, że pierwszy dzień liczy się od przyjęcia do godz. 24:00. Dnia wypisu ze szpitala nie zalicza się do liczby pełnych dni pobytu w szpitalu.
- Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta.
- Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące skutek, który nakładając się na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera zmiany czynnościowe może doprowadzić do wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu osoby objętej ubezpieczeniem, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u tej osoby, polegające na oddziaływaniu na ciało tej osoby:

- a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
- b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
- c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
- d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,
- jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia osoby objętej ubezpieczeniem nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.;
- 22) **Rana cięta lub szarpana** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub położeń głębiej tkanek z wyjątkiem kości; za ranę ciętą w rozumieniu o.w.u. nie uważa się ran ciętych będących skutkiem zamierzonego działania leczniczego.
- 23) **Rana miażdżona** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiążdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.
- 24) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony.
- 25) **Składka** – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.
- 26) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia wypłaconego w sytuacjach określonych w o.w.u.. Wysokość sumy ubezpieczenia może być odmienna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych i jest wskazana w polisie, na podstawie Tabeli limitów.
- 27) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 28) **Świadczenie** – kwota, którą Allianz jest zobowiązany wypłacić w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z postanowieniami o.w.u.
- 29) **Tabela limitów** – załącznik do o.w.u., stanowiący ich integralną część, wskazujący wysokość sum ubezpieczenia dla poszczególnych wariantów umowy ubezpieczenia.
- 30) **Trwałe i całkowite inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego i/lub Współmatronka/Partnera spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, w rezultacie których Ubezpieczony i/lub Współmatronka/Partner nie jest zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie, przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
- 31) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego i/lub Współmatronka/Partnera, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- 32) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek osoby objętej ubezpieczeniem zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 33) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
- 34) **Umowa ubezpieczenia (ubezpieczenie)** – umowa zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie o.w.u.
- 35) **Uposażony** – podmiot wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego i Współmatronka/Partnera uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek jego/ich śmierci.
- 36) **Uposażony Zastępczy** – podmiot wyznaczony odpowiednio przez Ubezpieczonego i Współmatronka/Partnera uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek jego/ich śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni wskazani odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
- 37) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Dziecka, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
- 38) **Utrata narządu** – fizyczna utrata narządu lub całości i trwała utrata funkcji narządu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 39) **Współmatronka/Partner** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, pozostająca z Ubezpieczonym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:
- w związku małżeńskim – w przypadku Współmatronka,
 - w związku nieformalnym, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe – w przypadku Partnera.
- 40) **Wyczynowe lub zawodowe uprawianie dyscyplin sportowych** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach kondycyjnych lub szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków lub organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
- 41) **Wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony i/lub Współmatronka/Partner uległ jako:
- kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów;
 - rowerzystą;
 - pieszy.
- 42) **Zaopatrzenie chirurgiczne** – opracowanie chirurgiczne rany, rozumiane jako jej oczyszczenie, usunięcie tkanek martwiczych i założenie szwów przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek lub plastrów chirurgicznych.
- 43) **Złamanie** – nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek urazu, bez współistnienia tła chorobowego; za złamanie uważa się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych.

TABELA LIMITÓW

	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia (zł)		
		Wariant Srebrny	Wariant Złoty	Wariant Platynowy
Pakiet Solo	Zakres ubezpieczenia: Standard			
	Śmierć	100	100	100
	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	50 000	100 000	150 000
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	100 000	200 000	300 000
	Trwałe i całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	40 000	80 000
	Pobyty w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
	Zakres ubezpieczenia: Komfort			
	Trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	30 000	40 000
	Czasowa niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku *	3 000	4 500	6 000
	Leczenie operacyjne wskutek nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
Pakiet Duet	Zakres ubezpieczenia: Standard			
	Śmierć	100	100	100
	Śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku	50 000	100 000	150 000
	Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego	100 000	200 000	300 000
	Trwałe i całkowite inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	40 000	80 000
	Pobyty w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
	Zakres ubezpieczenia: Komfort			
	Trwałe uszczerbek na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	30 000	40 000
	Czasowa niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku *	3 000	4 500	6 000
	Leczenie operacyjne wskutek nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
Pakiet Solo Plus/ Pakiet Duet Plus	Pakiet Solo oraz Pakiet Duet można dodatkowo rozszerzyć o następujące zdarzenia:			
	Śmierć	100	100	100
	Uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku	20 000	30 000	40 000
	Pobyty w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	10 000	15 000	20 000
	Assistance	nie dotyczy		

* Świadczenie wypłacane za każdy okres czasowej niezdolności do pracy wynoszący pełne, trwające nieprzerwanie 30 dni, poświadczone zwolnieniem/zaświadczeniem lekarskim:

- 1 Wariant Srebrny – 500 zł
- 2 Wariant Złoty – 750 zł
- 3 Wariant Platynowy – 1 000 zł

Maksymalna wysokość świadczenia w roku polisowym:

- 1 Wariant Srebrny – 3 000 zł**
- 2 Wariant Złoty – 4 500 zł**
- 3 Wariant Platynowy – 6 000 zł**

** za 180 dni czasowej niezdolności do pracy

TABELA OCENY PROCENTOWEJ LECZENIA OPERACYJNEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
Zabiegi w zakresie czaszki, mózgu, opon			27	Operacja naprawcza rdzenia kręgowego – pourazowe	100
1	Nacięcie/ drenaż zatok czaszki	30	28	Operacja naprawcza opon rdzeniowych	100
2	Kraniotomia – każda, odbarczenie mózgu, usunięcie krwaka nad- podtwardówkowego, śródmózgowego, ciata obcego itp., trepanacja czaszki	60	29	Drenaż przestrzeni rdzeniowych – każdy	10
3	Powtórne otwarcie w miejscu kraniotomii (rewizja po operacji krwaka)	30	30	Rewizja drenażu przestrzeni płynowych rdzenia	20
4	Kraniektomia	20	31	Szycie nerwu obwodowego/ czaszkowego	50
5	Wprowadzenie cewnika do jamy czaszki	20	32	Uwolnienie zrostów i dekompresja korzeni nerwów czaszkowych (twarzowy, trójdzielny)	80
6	Nacięcie opon mózgu – drenaż w obrębie mózgu (ropnia, ropniaka, wodniaka podpajeczynówkowego, śródczaszkowego, podtwardówkowego)	20	Zabiegi na tarczycy, nadnerczach		
7	Opracowanie chirurgiczne rany mózgu	50	33	Usunięcie płata tarczycy	30
8	Usunięcie ropnia pnia mózgu	80	34	Inne zabiegi częściowego usunięcia tarczycy	25
9	Usunięcie ropnia mózdzku	80	35	Całkowita resekcja tarczycy	60
10	Plastyka czaszki (wszystkie rodzaje)	50	36	Szycie tarczycy	20
11	Zeszycie opon mózgowych – proste szycie opony twardej	30	37	Częściowe/jednostronne usunięcie nadnerczy	40
12	Inne zabiegi naprawcze opon (w tym zamknięcie przetoki płynowej)	30	Zabiegi w zakresie oka, ucha, nosa, zatok		
13	Pozaczaskowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	20	38	Plastyka rany powieki	10
14	Rewizja, usunięcie i ptukanie drenu dokomorowego mózgu	20	39	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	10
Zabiegi na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego oraz nerwach			40	Zabiegi naprawcze w zakresie rogówki	20
15	Usunięcie ciata obcego z kanału kręgowego	100	41	Chirurgia rekonstrukcyjna rogówki	30
16	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przedniego	80	42	Szycie skaleczenia twardówki oraz inne zabiegi w zakresie uszkodzonej urazowo twardówki	20
17	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu tylnego	80	43	Zabieg naprawczy rozerwania siatkówki (fotokoagulacja, krioterapia, laser, inne)	30
18	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przez gardło	100	44	Zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki z klamrowaniem twardówki i wszczepem	30
19	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu przedniego	100	45	Inny zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki (fotokoagulacja, krioterapia)	20
20	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu tylnego	100	46	Usunięcie ciata szklanego	40
21	Reoperacja odbarczająca kanału kręgowego	100	47	Naprawa po urazie mięśnia okoruchowego	40
22	Laminektomia odbarczająca	50	48	Zabiegi w zakresie oczodołów i gałek ocznych – nacięcie oczodołu	20
23	Eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych	70	49	Usunięcie penetrującego ciata obcego z oka	20
24	Inna eksploracja i odbarczenie kanału kręgowego	70	50	Wytrzewienie gałki ocznej	40
25	Operacja złamania kręgu – nastawienie złamania, podniesienie fragmentu, inne	100	51	Wyłuszczenie gałki ocznej	40
26	Operacja złamania kręgu – usunięcie fragmentu kostnego z kanału kręgowego	100	52	Wytrzewienie oczodołu	40
			53	Zaopatrzenie urazu gałki ocznej i oczodołu	10
			54	Amputacja ucha zewnętrznego	15
			55	Rekonstrukcja zewnętrznego przewodu słuchowego	25
			56	Inna plastyka ucha zewnętrznego (pourazowa)	25

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
57	Otwarte nastawienie złamania nosa	20
58	Przysycie amputowanego nosa	40
59	Zabieg naprawczy zatok nosa	35
60	Operacje zatok nosa – inne	35
Zabiegi w zakresie jamy ustnej, gardła, krtani		
61	Częściowe wycięcie języka	30
62	Całkowite usunięcie języka	40
63	Zabiegi naprawcze języka i plastyka języka	30
64	Szycie rany języka	10
65	Szycie rany gardła	30
66	Stała tracheostomia	10
67	Zabiegi naprawcze krtani (m.in. szycie rany krtani)	30
68	Zabiegi naprawcze i plastyczne tchawicy (szycie rany tchawicy, protezowanie, rewizja tracheostomii)	30
Zabiegi na narządach klatki piersiowej		
69	Segmentowa resekcja płuca	50
70	Usunięcie płata płucnego	60
71	Całkowite usunięcie płuca	80
72	Zabiegi naprawcze i plastyczne w zakresie płuca i oskrzela (szycie rany oskrzela, płuca, zamknięcie przetoki)	40
73	Nacięcie ściany klatki piersiowej i oplotnej (torakotomia zwiadowcza, nacięcie, drenaż oplotnej)	40
74	Częściowe wycięcie oplotnej (dekortykacja)	50
75	Zabieg naprawczy w zakresie ściany klatki piersiowej (szycie rany, zamknięcie przetoki kłp)	40
76	Operacje w zakresie przepony (szycie, zabiegi naprawcze)	50
77	Inne operacje w zakresie klatki piersiowej (zabieg naprawczy oplotnej)	40
78	Otwarta walwuloplastyka bez wymiany zastawki	100
79	Wymiana zastawki serca	100
80	Operacje innych struktur związanych z zastawkami serca (mięśnie brodawkowate, nitki ścięgniste, beleczki mięśniowe)	80
81	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego i międzykomorowego materiałem sztucznym (pourazowego)	80
82	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej i międzykomorowej z użyciem przeszczepu tkankowego (pourazowego)	80
83	Pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca	80
84	Wszczep tętnicy dla rewaskularyzacji serca	80
85	Perikardiocenteza	20
86	Kardiotomia (nacięcie wsierdza, mięśnia, przedsionka, komory)	60
87	Perikardiotomia (przecięcie, nacięcie osierdza)	30
88	Częściowa wentrykulektomia	60
89	Zabiegi naprawcze serca i osierdza (zabiegi otwarte, w tym wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca)	60

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
90	Wprowadzenie/ rewizja/ wymiana/ usunięcie elektrod rozrusznika serca, czasowego rozrusznika serca lub rewizja miejsca wprowadzenia rozrusznika	30
91	Założenie, wymiana, usunięcie i rewizja rozrusznika serca	30
92	Wszczepienie lub wymiana całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	60
93	Wszczepienie elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	60
94	Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/ defibrylacji [AICD]	30
95	Szycie rozerwania przetyku	80
96	Zabiegi w zakresie przewodu piersiowego (podwiązanie, kaniulowanie, wytworzenie, zamknięcie przetoki)	40
Zabiegi na narządach jamy brzusznej		
97	Częściowe usunięcie śledziony	35
98	Całkowita splenektomia	35
99	Gastrostomia (z wyjątkiem endoskopowej PEG – 43.11)	30
100	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z przełykiem	60
101	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z dwunastnicą	60
102	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym	60
103	Częściowe wycięcie żołądka – inne (w tym z wstawką)	60
104	Całkowite usunięcie żołądka (w tym z dwunastnicą, z przełykiem)	80
105	Zespolenie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka (z wyjątkiem endoskopowego 44.32)	40
106	Szycie rozerwania żołądka	30
107	Inna resekcja w zakresie jelita cienkiego – częściowa, całkowita, mnoga	50
108	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	60
109	Wycięcie kątnicy	50
110	Hemikolektomia prawostronna	50
111	Resekcja poprzecznicy	50
112	Hemikolektomia lewostronna	50
113	Sigmoidektomia	50
114	Częściowe wycięcie jelita grubego – inne	50
115	Zespolenie jelitowe (wszystkie rodzaje)	30
116	Wytonienie jelita – cienkiego, grubego	30
117	Kolostomia – czasowa, stała	30
118	Ileostomia – czasowa, stała	30
119	Enterostomia – inne (z wyjątkiem endoskopowej)	30
120	Inne zabiegi naprawcze w zakresie jelit – szycie rozerwanej dwunastnicy, jelita cienkiego, grubego, zamknięcie przetoki	40
121	Resekcja odbytnicy	50
122	Resekcja odbytnicy – inne	50
123	Szycie rozerwania odbytnicy	25

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
124	Szycie rany odbytu	20
125	Częściowe wycięcie wątroby	60
126	Częściowe usunięcie wątroby	60
127	Całkowite usunięcie wątroby	100
128	Zabiegi naprawcze wątroby (zamknięcie uszkodzenia, ufiksowanie, inne)	50
129	Cholecystektomia, (z wyjątkiem laparoskopowej – 51.23)	40
130	Zespolenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych (dróg żółciowych)	40
131	Zabiegi naprawcze dróg żółciowych (szycie, plastyka)	50
132	Częściowa pankreatektomia (wszystkie rodzaje)	70
133	Totalna pankreatektomia	100
134	Operacje naprawcze trzustki – inne (szycie, fistulektomia)	60
135	Zespolenie trzustki (przewodu trzustkowego z jelitem, żółcią)	60
136	Laparotomia zwiadowcza	30
137	Zeszycie ściany jamy brzusznej i otrzewnej	30
138	Inne zabiegi naprawcze ściany jamy brzusznej i otrzewnej (zeszycie, przeszczep sieci, operacje naprawcze krezki)	40
139	Przezskórny drenaż jamy brzusznej	15
Zabiegi na narządach układu moczowego i płciowego		
140	Drenaż przestrzeni okołonerkowej lub okotopęcherzowej	20
141	Nacięcie miąższu nerkowego (nephrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nephrostomia) – z wyjątkiem nefrolitotomii 55.013	30
142	Nacięcie miedniczki nerkowej (pielotomia) i wytworzenie przetoki miedniczki (pielostomia) (z wyjątkiem pielolitotomii)	30
143	Częściowe wycięcie nerki	40
144	Całkowite wycięcie nerki (nephrectomia)	60
145	Obustronne wycięcie nerek	100
146	Przeszczep nerki	80
147	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej (nephropeksja)	30
148	Zeszycie rany nerki	30
149	Zamknięcie nefrostomii-pielostomii	20
150	Zamknięcie innej przetoki nerkowej	20
151	Zespolenie nerkowe (miedniczkowe, moczowodowe, kielichowe)	40
152	Przezskórne naktucie i odessanie (krwiaka nerki, naktucie nerki)	20
153	Nacięcie moczowodu w celu odprowadzenia moczu	20
154	Nacięcie moczowodu w celu eksploracji	20
155	Częściowe wycięcie moczowodu	50
156	Całkowite usunięcie moczowodu	60
157	Wycięcie moczowodu (ureterektomia) – inne	50

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
158	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej	70
159	Wytworzenie innej przetoki moczowodowo-skrónej	60
160	Odprowadzenie moczu do jelita	40
161	Przeszczepienie moczowodu do pęcherza	40
162	Zespolenie międzymoczowodowe (transureteroureterostomia)	40
163	Zeszycie rany moczowodu	30
164	Inne zabiegi naprawcze moczowodu (wszczep, pętla jelitowa, ureteroplikacja)	50
165	Podwiązanie moczowodu	40
166	Przezcewkowe opróżnienie pęcherza moczowego – drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	10
167	Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia – przez cewkowe	10
168	Przezskórna cystostomia (przetoka)	30
169	Inne przetoki nadłonowe	30
170	Zespolenie pęcherzowo-skróne (vesicostomia)	40
171	Rewizja lub zamknięcie przetoki pęcherzowo-skrónej	20
172	Otwarte wycięcie innej zmiany lub tkanki pęcherza – pourazowe	30
173	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	50
174	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego (włącznie z wytrzewieniem)	100
175	Zeszycie rany pęcherza moczowego	20
176	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	40
177	Operacja innej przetoki pęcherzowej	40
178	Plastyka pęcherza i cewki moczowej oraz plastyka szyi pęcherza	30
179	Operacja wynicowania pęcherza moczowego	80
180	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	80
181	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego	20
182	Wycięcie cewki moczowej	80
183	Zeszycie rany cewki moczowej	20
184	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	30
185	Inne nacięcie tkanki około pęcherzowej – odstonięcie (eksploracja) przestrzeni około pęcherzowej, pozatonowej, drenaż krwiaka	20
186	Nacięcie ropnia stercza z drenażem	20
187	Prostatektomia nadłonowa	50
188	Prostatektomia załonowa	50
189	Prostatektomia radykalna	60
190	Nacięcie i drenaż moszny i ostonki pochwowej jądra	20
191	Szycie rany moszny i ostonki pochwowej jądra	20
192	Operacja przetoki mosznowej	30
193	Operacje naprawcze moszny/ostonki pochwowej – inne	35
194	Jednostronne wycięcie jądra	30

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
195	Wycięcie obu jąder	80
196	Szycie rany jądra	20
197	Wycięcie najądrza	20
198	Szycie rany powrózka nasiennego/ najądrza	30
199	Szycie rany nasieniowodu/ najądrza	30
200	Amputacja prącia	50
201	Szycie rany prącia	20
202	Odtworzenie prącia	80
203	Replantacja/ przyszycie amputowanego prącia	80
204	Jednostronne usunięcie jajnika (bez laparoskopowego)	35
205	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu (bez laparoskopowego)	40
206	Obustronne usunięcie jajników (bez laparoskopowego)	80
207	Usunięcie obu jajników i jajowodów (bez laparoskopowego)	80
208	Szycie jajnika	20
209	Plastyka jajowodu i jajnika	40
210	Operacje naprawcze – umocowanie jajnika	30
211	Otwarcie „na tępo” ropnia jajowodowo-jajnikowego	20
212	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	30
213	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	50
214	Proste zeszywanie jajowodu	20
215	Szycie jajowodu	25
216	Operacja wykonywana na jajowodach – inne (zespolecie, przywrócenie drożności)	30
217	Szycie rozdarcia szyjki macicy	20
218	Zamknięcie przetoki szyjki macicy	20
219	Niecałkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (w tym Laparoskopowe nadszyjkowe usunięcie macicy LSH i LASH, Klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy CISH)	40
220	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (proste i poszerzone)	60
221	Wycięcie macicy drogą pochwową (w tym laparoskopowe)	60
222	Wytrzewienie miednicy małej	100
223	Szycie rozdarcia macicy	30
224	Zamknięcie przetoki macicy	30
225	Usunięcie penetrującego ciała obcego z szyjki macicy	30
226	Naktucie zagłębienia odbytniczo-macicznego (zatoki Douglasa)	15
227	Nacięcie zagłębienia odbytniczo-macicznego	20
228	Drenaż krwiaka pochwy	10
229	Zamknięcie światła pochwy i całkowite wycięcie pochwy	30
230	Odtworzenie pochwy	40
231	Szycie rozdarcia pochwy	10

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
232	Operacja przetoki pochwowo-jelitowej i innej	20
233	Plastyka pochwy i krocza	20
234	Amputacja techtaczki	20
235	Inne zabiegi wycięcia sromu	25
236	Szycie pęknięcia sromu lub krocza	20
237	Operacja przetoki sromu lub krocza	30
	Zabiegi po urazach i złamaniach kości, urazach stawów	
238	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30
239	Inne zabiegi naprawcze w zakresie kości twarzy i zabiegi ortognatyczne (osteoplastyka, plastyka)	50
240	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	40
241	Otwarte nastawienie złamania szczęki	40
242	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	40
243	Otwarte nastawienie złamania zębodołu	30
244	Otwarte nastawienie kości twarzy – inne (oczodołu)	50
245	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	40
246	Operacje kości twarzy/ stawów – inne	30
247	Wycięcie martwaka (wszystkie kości)	20
248	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – nieokreślone miejsce	10
249	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
250	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość ramienna	10
251	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość promieniowa/ kość łokciowa	10
252	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kości nadgarstka/ śródreżca	10
253	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość udowa	20
254	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	10
255	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – kości stępu/ kości śródstopia	10
256	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (miednica)	20
257	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (paliczki palców stopy/ ręki)	10
258	Założenie zewnętrznego stabilizatora kości – inne kości (kręgi)	20
259	Inne zabiegi naprawcze kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
260	Inne zabiegi naprawcze kości – kość ramienna	40
261	Inne zabiegi naprawcze kości – kość promieniowa/ kość łokciowa	30
262	Inne zabiegi naprawcze kości – kości nadgarstka/ śródreżca/ paliczki (ręki)	20
263	Inne zabiegi naprawcze kości – kość udowa/ miednica	50

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
264	Inne zabiegi naprawcze kości – rzepka	10
265	Inne zabiegi naprawcze kości – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	30
266	Inne zabiegi naprawcze kości – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	20
267	Inne zabiegi naprawcze kości – inne (kręgi)	40
268	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	20
269	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kość ramienna	50
270	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kość promieniowa/ kość łokciowa	40
271	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kości nadgarstka/ śródreźcza/ paliczki (ręki)	20
272	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kość udowa/ miednica	50
273	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – rzepka	20
274	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	40
275	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	30
276	Zabieg naprawczy złego wzrostu lub braku wzrostu – kręgi	50
277	Stabilizacja wewnętrzna kości bez nastawienia złamania – profilaktyczna	20
278	Powtórne wprowadzenie wewnętrznego stabilizatora	30
279	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	30
280	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość ramienna	60
281	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość promieniowa/ kość łokciowa	40
282	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kości nadgarstka/ śródreźcza/ paliczki (ręki)	20
283	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość udowa/ miednica	60
274	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – rzepka	20
285	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	50
286	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kości stępu/ kości śródstopia/ paliczki (stopy)	20
287	Wymiana przemieszczonego lub złamanego przyrządu stabilizującego – kręgi	50
288	Usunięcie mechanicznych implantów z kości – zewnętrzny stabilizator kości (inwazyjny) każda lokalizacja	10
289	Usunięcie mechanicznych implantów z kości – zespolenie wewnętrzne (każda lokalizacja)	30
290	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość ramienna	50
291	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość promieniowa/ łokciowa	40

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
292	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości nadgarstka/ kości śródreźcza	20
293	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki ręki	20
294	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość udowa	50
295	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40
296	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości stępu/ kości śródstopia (noga)	30
297	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki (stopy)	10
298	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	20
299	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (miednica)	60
300	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – inne wyszczególnione kości (rzepka)	20
301	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	50
302	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/ łokciowa	40
303	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/ kości śródreźcza	20
304	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	20
305	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	50
306	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/ kość strzałkowa	40
307	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/ kości śródstopia (noga)	30
308	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	10
309	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	20
310	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (miednica)	80
311	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne wyszczególnione kości (rzepka)	20
312	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości – wszystkie lokalizacje – ze stabilizacją, bez stabilizacji	20
313	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości – wszystkie lokalizacje – ze stabilizacją, bez stabilizacji	30
314	Zamknięte nastawienie zwichnięcia	10
315	Otwarte nastawienie zwichnięcia	20
Operacje kręgosłupa		
316	Wycięcie krążka międzykręgowego – usunięcie przepukliny jądra miazdżystego na każdym poziomie	30
317	Spondylodeza szczytowo-obrotowa – czaszkowo-szyjna, C1-C2, potyliczno-C2 z dościa przedniego, tylnego lub przez jamę ustną	100
318	Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego	80

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
319	Spondylodeza szyjna z dostępu tylnego	80
320	Spondylodeza piersiowa i piersiowo-łędźwiowa z dostępu przedniego	100
321	Spondylodeza piersiowa lub piersiowo-łędźwiowa z dostępu tylnego	100
322	Spondylodeza łędźwiowa/ łędźwiowo-krzyżowa z dostępu przedniego	100
323	Spondylodeza łędźwiowa lub łędźwiowo-krzyżowa wyrostków poprzecznych z dostępu bocznego	60
324	Spondylodeza łędźwiowa/ łędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego (w tym PLIF, TLIF)	80
325	Wprowadzenie wypełniacza przestrzeni kostnych	20
Zabiegi naprawcze w zakresie stawów kończyn		
326	Operacje stawu biodrowego	50
327	Operacje rewizyjne w obrębie stawu biodrowego	70
328	Operacje stawu kolanowego	50
329	Operacje rewizyjne stawu kolanowego	70
330	Wycięcie łątki kolana (meniscektomia)	20
331	Plastyka więzadła kolana (five-in-one)	40
332	Plastyka niestabilności przednio-przyśrodkowej kolana z uszkodzeniem łątki	30
333	Plastyka niestabilności rzepki	30
334	Plastyka więzadeł krzyżowych kolana – inne	30
335	Plastyka więzadeł pobocznych kolana – inne	20
336	Plastyka stawu kolanowego – inne	40
337	Plastyka stawu skokowego – inne	50
338	Wymiana stawu kończyny dolnej – endoproteza plastyka całkowita i częściowa, operacja rewizyjna	40
339	Inne procedury na kręgosłupie – wyłącznie Spondylodeza pierwotna	60
340	Artroplastyka i zabiegi naprawcze stawów barku i łokcia (w tym endoproteza i rewizja)	40
341	Szycie torebki stawowej/ więzadeł kończyny górnej	30
342	Szycie torebki stawowej/ więzadeł stawów stępu/ stopy	20
343	Szycie torebki stawowej/ więzadeł nogi – inne	20
Amputacje w zakresie kończyn		
344	Amputacja kończyny górnej	40
345	Amputacja i wyłuszczenie palca ręki w stawie	10
346	Amputacja i wyłuszczenie kciuka w stawie	20
347	Amputacja w zakresie ręki	30
348	Wyłuszczenie nadgarstka	30
349	Amputacja w zakresie przedramienia	30
350	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	40
351	Amputacja w zakresie ramienia	40
352	Wyłuszczenie w stawie barkowym	40

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
353	Amputacja kończyny górnej z odjęciem topatki	50
354	Amputacja kończyny dolnej – nie określona inaczej	50
355	Amputacja palca stopy	10
356	Amputacja w zakresie stopy	30
357	Wyłuszczenie w stawie skokowym	30
358	Inna amputacja poniżej kolana	40
359	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	50
360	Amputacja powyżej kolana	50
361	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	60
362	Brzuszo-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	80
363	Replantacja kończyny	100
364	Rewizja kikuta po amputacji	20
365	Wszech lub dopasowanie protezy kończyny	10
Zabiegi w zakresie układu mięśniowo-szkieletowego, skóry		
366	Operacja na mięśniu, ścięgnię i rozciągnię dłoniowym (w tym eksploracja pochewki ścięgniastej, nacięcie, drenaż)	10
367	Przecięcie mięśnia, ścięgna i powięzi ręki	10
368	Szycie mięśnia, ścięgna, powięzi ręki	20
369	Rekonstrukcja kciuka	50
370	Nacięcie mięśni, ścięgna, powięzi i kaletki (eksploracja pochewki ścięgna)	20
371	Wycięcie kaletki	10
372	Szycie mięśnia, ścięgna i powięzi (rozciągnię, w tym zeszywanie ścięgna Achillesa)	20
373	Rekonstrukcja mięśnia i ścięgna (w tym wydłużenie, skrócenie, przemieszczenie, przeszczep, powtórne przytwierdzenie)	30
374	Rekonstrukcja pierwotna wielokankowych uszkodzeń kończyny górnej	50
375	Rekonstrukcja pierwotna wielokankowych uszkodzeń kończyny dolnej	50
376	Szycie rany piersi	10
377	Nacięcie/ drenaż skóry/ tkanki podskórnej	20
378	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej	10
379	Oczyszczenie (wycięcie) rany, zakażenia, oparzenia	10
380	Wolny przeszczep skóry (z wyjątkiem 86.64 – przeszczep włosów)	20
381	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry (w tym rewizja 86.75)	30
382	Inne zabiegi w zakresie skóry i tkanki podskórnej	20
Zabiegi na naczyniach		
383	Nacięcie naczynia (Embolektomia, Trombektomia) – każda lokalizacja naczynia	30
384	Wycięcie naczynia tętniczego z zespoleniem – każda lokalizacja	80

Lp.	Nazwa operacji	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
385	Wycięcie naczynia żylnego z zespoleniem – każda lokalizacja	60
386	Wycięcie naczynia ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	60
387	Inne chirurgiczne zamknięcie naczynia (zaklemowanie, rozdzielenie, podwiązanie, zamknięcie, okluzja)	30
388	Inne zespolenie naczyniowe (w tym: pomost aorta – t. podobojczykowa – t. szyjna wspólna, Inne zespolenia naczyniowe klatki piersiowej, pomost aortalno-biodrowy, biodrowo-udowy, aortalno-trzewny)	80
389	Wytworzenie przetoki tętniczo-żylny dla dializy	10
390	Zewnqtrczaszkowy – wewnqtrczaszkowy pomost naczyniowy	60
391	Zespolenie lub pomost naczyniowy/ obwodowy – inne	50
392	Szycie naczynia krwionośnego (tętnicy, żyły)	25
393	Wewnqtrnaczyniowy zabieg naprawczy aorty brzusznej – wszczepienie stentu – pourazowe	80
394	Wszczep wewnqtrnaczyniowy w obrębie aorty piersiowej – uraz aorty	100
395	Inne zabiegi na naczyniach krwionośnych – wszczepienie stentu	50

TABELE: OCENY ZŁAMAŃ I POWYPADKOWEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU ORAZ ZABIEGÓW OPERACYJNYCH W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (DOTYCZY DZIECI)

Tabela oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia głowy	
1) Ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2) Złamania podstawy czaszki	15
3) Złamania nosa	5
4) Złamania szczęki lub żuchwy	10
5) Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6) Utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7) Amputacja nosa w całości	30
8) Amputacja skrzydełka nosa	10
9) Amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10) Amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
1) Porażenie połowicze utrwalone	100
2) Całkowita utrata mowy	100
3. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu	
1) Utrata wzroku w jednym oku	30
2) Utrata wzroku w obu oczach	100
3) Utrata słuchu w jednym uchu	30
4) Obustronna utrata słuchu	60
4. Uszkodzenia klatki piersiowej	
1) Złamanie mostka	3
2) Złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3) Złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od ilości)	10
5. Uszkodzenia kręgosłupa	
1) Złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2) Złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 – Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3) Złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 – L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6. Uszkodzenia rdzenia	
1) Całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
2) Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3) Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7. Uszkodzenia miednicy	
1) Złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2) Złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3) Złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Uszkodzenia kończyn górnych	
1) Złamania łopatki	4
2) Złamania obojczyka	4
3) Amputacja kończyny w stawie ramieno-łopatkowym	70
4) Amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5) Złamanie trzonu kości ramiennej	10
6) Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7) Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8) Złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9) Amputacja w stawie łokciowym	60
10) Złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12) Amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13) Złamania nadgarstka	5
14) Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15) Złamania pojedynczej kości śródreżca	3
16) Złamania kości śródreżca – trzech lub więcej	8
17) Amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18) Amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19) Złamania kciuka	3
20) Amputacja fragmentu opuszki palca	1
21) Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22) Amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
23) Amputacja trzech paliczków	10
24) Złamania palca wskazującego	3
25) Amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26) Złamania w obrębie palców dłoni III, IV lub V (za każdy palec)	2
27) Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palca wskazującego)	4
28) Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym palec wskazujący)	6
29) Amputacja pięciu palców jednej ręki	40
9. Uszkodzenia kończyn dolnych	
1) Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2) Amputacja kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3) Amputacja obu kończyn dolnych przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4) Złamania kości udowej	15
5) Amputacja kończyny na poziomie uda	55
6) Złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7) Amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8) Złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9) Amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10) Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11) Złamania kości skokowej lub piętowej	5
12) Złamania kości stępu	4
13) Złamania kości śródstopia	2
14) Złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15) Amputacja stopy w obrębie śródstopia	20

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
16) Amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17) Amputacja stopy w stawie Choparta	30
18) Amputacja stopy w całości	35
19) Amputacja obu stóp	70
20) Amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21) Amputacja całego palucha	8
22) Złamania palucha	2
23) Amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24) Złamania w obrębie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	1,5
25) Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palucha)	3
26) Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym paluch)	4
10. Rana cięta, szarpana lub miażdżona	
1) w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2) w obrębie pozostałych części ciała	1
11. Wstrząśnienie mózgu	
12. Oparzenia	
1) II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2) II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3) II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4) II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5) III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6) III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7) III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8) Dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10

Tabela zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Zabieg operacyjny oka	
1) Usunięcie gałki ocznej	50
2) Operacyjne leczenie urazu gałki ocznej	30
3) Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki (bez kriopeksji i laseroterapii)	10
2. Zabieg operacyjny nosa	
1) Operacyjne leczenie złamania kości grzbietu lub nasady nosa	10
3. Zabieg operacyjny czaszki	
1) Trepanacja czaszki	20
2) Operacyjne leczenie złamań szczęki	60
3) Operacyjne leczenie złamań żuchwy	40
4) Leczenie złamań podstawy czaszki	60
4. Zabieg operacyjny w obrębie klatki piersiowej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:	
1) Płuc	80
2) Przetyku	80
3) Żeber	10
4) Mostka	20
5. Zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:	
1) Żołądka: resekcja	50
2) Żołądka: zeszyście	20
3) Jelita: resekcja	40
4) Jelita: zeszyście	20
5) Wątroby	40

6) Dróg żółciowych zewnątrz wątrobowych (bez pęcherzyka żółciowego)	80
7) Trzustki	50
8) Śledziony – usunięcie całkowite	40
9) Śledziony – zeszyście	20
10) Usunięcie nerki	50
11) Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	20
6. Zabieg operacyjny w obrębie miednicy – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:	
1) Cewki moczowej	40
2) Pęcherza	40
3) Jądra	20
7. Operacyjne leczenie złamań kości	
1) Kregostupa	80
2) Obręczy barkowej	40
3) Miednicy	50
4) Ramienia	20
5) Przedramienia	15
6) Uda	25
7) Podudzia	20
8) Obojczyka	10
9) Śródstopia	10
10) Stępu	10
11) Nadgarstka	10
12) Śródreżca	10
13) Rzepki	10
14) Łąkotki	10

WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG ALLIANZ ASSISTANCE

§ 1 CZYM SĄ WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG ALLIANZ ASSISTANCE?

1. Niniejsze warunki (dalej: Warunki), regulują zasady świadczenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna (dalej: Allianz) usług Assistance w ramach umów ubezpieczenia Allianz Opiekun zawieranych przez Allianz z Ubezpieczającymi.
2. W sprawach nieuregulowanych tymi Warunkami zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia Allianz Opiekun.

§ 2 KOMU ALLIANZ ŚWIADCZY USŁUGI ASSISTANCE?

1. Allianz świadczy usługi Assistance:
 - 1) Ubezpieczonemu,
 - 2) Współmatronkowi/Partnerowi,
 - 3) Dziecku/Dziociom.
2. Osoby wymienione w ust. 1 pkt 2 i 3 są uprawnione do korzystania z usług Assistance niezależnie od tego, czy umowę ubezpieczenia Allianz Opiekun zawarto w pakiecie Duet lub Duet Plus/Solo Plus czy też Solo.

§ 3 NA CZYM POLEGAJĄ USŁUGI ALLIANZ ASSISTANCE?

1. W ramach umowy ubezpieczenia Allianz Opiekun pokrywane są koszty następujących usług Assistance świadczonych osobom wymienionym w § 2 ust. 1:
 - 1) udzielenie pomocy w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) pomoc psychologa,
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne,
 - 4) dostęp do infolinii „Baby Assistance”.
2. Dodatkowo Allianz pokrywa koszty usługi udzielenia pomocy w przypadku urodzenia dziecka osobom wymienionym w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2.

§ 4 JAKI JEST ZAKRES POSZCZEGÓLNYCH USŁUG ALLIANZ ASSISTANCE?

1. **Udzielenie pomocy w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku**

W ramach usługi Assistance polegającej na udzieleniu pomocy w razie wystąpienia choroby lub nieszczęśliwego wypadku Allianz gwarantuje osobom wymienionym w § 2 ust. 1 organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

 - 1) **dostarczenie do miejsca pobytu leków** zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy osoba wymieniona w § 2 ust. 1 w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia; Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) **transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej** – transport jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w placówce medycznej; transport jest organizowany w przypadku, gdy:
 - a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3 lub

b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3. Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 3) **transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – transport jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w § 2 ust. 1, przebywała w placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy:

a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub

b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się;

Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 4) **transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej** – transport jest organizowany w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa osoba wymieniona w § 2 ust. 1, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy ta osoba skierowana jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy:

a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub

b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się;

Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych, w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 5) **organizację procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w § 2 ust. 1, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; Allianz zapewnia:

– zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w domu osoby korzystającej z rehabilitacji do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

albo

– zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 6) **organizację wypożyczenia albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w § 2 ust. 1, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego; Allianz:

– organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

oraz

– pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 7) **opiekę nad dziećmi** – w sytuacji gdy osoba wymieniona w § 2 ust. 1, przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

- a) przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);
- b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania dzieci i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);

Centrum Operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7) ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdyby Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia pod wskazanym przez osobę zgłaszającą roszczenie adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7) ppkt a) lub b), Allianz:

c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi w miejscu ich zamieszkania do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do trzech dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;

Usługi, o których mowa w pkt 7) ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania dziecka nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 8) **opiekę nad dziećmi w razie ich zachorowania** – w przypadku choroby dziecka potwierdzonej przez lekarza, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem. Usługa jest świadczona przez 1 dzień, do wysokości 200 zł. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera i za jego pisemną zgodą;
- 9) **organizację prywatnych lekcji** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego lub Współmatronka/Partnera, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiał przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania dziecka do wysokości 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) **organizację pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – w sytuacji gdy dziecko jest hospitalizowane, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) **opiekę pielęgniarki po hospitalizacji** – w sytuacji gdy osoba wymieniona w § 2 ust. 1 na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania tej osoby do wysokości 1500 zł przez okres maksymalnie 5 dni;
- 12) **pomoc domową** – jeżeli osoba wymieniona w § 2 ust. 1, jest hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli osoba ta nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest do łącznej wysokości 300 zł i maksymalnie przez 5 dni;
- 13) **pomoc medyczną za granicą** – w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania osoby wymienionej w § 2 ust. 1 Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu tej osoby oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3. Allianz pokrywa koszty usług wymienionych w zdaniu poprzednim, z możliwością dwukrotnego skorzystania z usług w roku polisowym do łącznego limitu 200 Euro w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Udzielenie pomocy w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku

W ramach usługi Assistance polegającej na udzieleniu pomocy w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1, organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku:

- 1) **wizytę lekarską** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu danej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3; Allianz pokrywa

koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku,

- 2) **wizytę pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu danej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w § 5 ust. 3; Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

3. Pomoc psychologa

Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1, **pomoc psychologa** w trudnych sytuacjach losowych t.j.:

- a) choroba
- b) zgon Dziecka lub urodzenie martwego Dziecka,
- c) poronienie,
- d) zgon Współmatronka/Partnera.

Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej.

Allianz na prośbę osoby na rzecz której świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

4. Zdrowotne usługi informacyjne

W ramach zdrowotnych usług informacyjnych Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
- 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;
- 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
- 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania;
- 8) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
- 9) informowanie o przebiegu zatławiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- 10) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów prawa);
- 11) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 12) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
- 13) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
- 14) informacja dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne.

Informacje, o których mowa w pkt 1-14 powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.

5. Dostęp do infolinii „Baby Assistance”

W ramach dostępu do infolinii „Baby Assistance” Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1, dostęp za pośrednictwem infolinii do informacji o:

- 1) objawach ciąży;
- 2) badaniach prenatalnych;
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
- 4) szkołach rodzenia;
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
- 6) karmieniu noworodka;
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;
- 8) pielęgnacji noworodka.

6. Udzielenie pomocy w przypadku urodzenia dziecka.

W ramach udzielenia pomocy w przypadku urodzenia dziecka, Allianz gwarantuje osobie wymienionej w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2, **pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem**, polegającą na zorganizowaniu i pokryciu kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania osoby na rzecz której świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Allianz pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do każdego nowonarodzonego dziecka. Opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje:

- a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
 - b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
 - c) porady w razie problemów z laktacją,
 - d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
 - e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.
7. Limity kosztów, określonych w ust. 1, 2 i 3, odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, Współmatzonka/Partnera, każdego Dziecka. W trakcie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia limity, określone w ust. 1, 2 i 3, mogą być wykorzystywane wielokrotnie, o ile odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
8. Jeżeli usługa przekroczy limit kosztów określony w ust. 1, 2 i 3, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile osoba wymieniona w § 2 ust. 1, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Allianz limitem.

§ 5 W JAKICH PRZYPADKACH USŁUGI ASSISTANCE NIE SĄ ŚWIADCZONE?

1. Allianz nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - 1) działania osoby wymienionej w § 2 ust. 1 pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
 - 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w rozruchach lub zamieszkach albo strajkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 2 ust. 1 w aktach terroru;
 - 3) próby samobójstwa, śmierci w wyniku samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa.
2. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień, bólu lub utracone korzyści nie są objęte zakresem ubezpieczenia Allianz.
3. Wszelkie zgłoszenia, wymagające pilnej interwencji medycznej, za które uważa się:
 - a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
 - b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
 - c) poważne urazy;
 - d) nagłe wystąpienie drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeni i niedowładów;
 - e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
 traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio do Pogotowia Ratunkowego.
4. Zakres usług Assistance dodatkowo nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 pkt 13;
 - 2) kosztów poniesionych przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4;
 - 3) kosztów zakupu leków (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
 - 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
 - b) leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,

- c) wad wrodzonych,
- d) następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych lub chorób zdiagnozowanych po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
- e) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- f) leczenia, które jest wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
- g) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- h) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- i) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing;
- j) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- k) poddania się przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- l) zdarzeń powstałych w wyniku złamania zakazów i regulacji rządowych (w tym wymogów wizowych),
- m) poddania się przez osobę wymienioną w § 2 ust. 1 leczeniu nieuznanemu w sposób naukowy lub medyczny;
- n) chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- o) chorób przewlekłych;
- p) rażącego niedbalstwa osoby wymienionej w § 2 ust. 1.

§ 6 JAK SKORZYSTAĆ Z USŁUG ASSISTANCE?

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do usług Assistance, osoba wymieniona w § 2 ust. 1 powinna, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum Operacyjnym. Centrum Operacyjne czynne jest całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer polisy;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 6) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum Operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług Assistance.
3. Osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance powinna na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum Operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług Assistance, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia;
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń;
 - c) wysokości świadczenia;
 - d) sposobu przekazania świadczenia.
4. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej osoba wymieniona w § 2 ust. 1 nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sama pokryła koszty usług, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2), 3), 4), 5) i 6), Allianz zwraca te osobie poniesione przez nią koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu czternastu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych w § 4.
5. Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 4., rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 2) – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniej placówki medycznej;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 3) – datę wypisu ze szpitala albo datę wizyty w przychodni lub gabinecie medycznym;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 4) – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 4) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1. pkt 5) i 6) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

§ 7 SŁOWNIK POJĘĆ

Użytych w niniejszych Warunkach terminom nadaje się znaczenia przyjęte w Słowniku pojęć zamieszczonym w Załączniku nr 1 do o.w.u Allianz Opiekun, zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Allianz świadczący usługi Assistance, którego numer telefonu podany jest w treści polisy.
- 2) **choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **choroba przewlekła:**
 - a) zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem
 - lub
 - b) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
- 4) **lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 5) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance;
- 6) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 8) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 9) **transport medyczny** – zalecony przez lekarza transport z miejsca pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca zamieszkania lub pomiędzy placówkami medycznymi, który stosownie do zaleceń lekarza jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia osoby transportowanej, wymaganym środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- 10) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmatronka/Partnera lub Dziecka choroby,
 - b) doznaniu przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmatronka/Partnera lub Dziecka obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmatronka/Partnera lub Dziecka w wyniku zajęcia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 4 ust. 3.
 - d) urodzeniu dziecka przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmatronka/Partnera.

Załącznik o opodatkowaniu świadczeń do umów ubezpieczenia na życie

Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. Nr 361 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o PIT” od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnych, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT;
- b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu ustawy PIT są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodu, o którym mowa powyżej, nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach emerytalnych, środków zgromadzonych na tym koncie pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne. Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów. W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot. Za koszt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie. Przy kolejnym częściowym zwrocie przepisy postanowienia powyższe stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie. Dochodu nie pomniejsza się o straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych poniesionych w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty:

- a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach emerytalnych,
- b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika,
- c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników - do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych

Przez pracownicze programy emerytalne rozumie się pracownicze programy emerytalne utworzone i działające w oparciu o przepisy dotyczące pracowniczych programów emerytalnych obowiązujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub w innych państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo w Konfederacji Szwajcarskiej.

Na mocy art. 21 ust. 1 pkt 58a ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego dochody z tytułu oszczędzania na indywidualnym koncie emerytalnym, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach emerytalnych, uzyskane w związku z:

- a) gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego,
 - b) wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego,
 - c) wypłatą transferową
- z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym indywidualnym koncie emerytalnym, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.

Stosownie do art. 52a ust. 1 pkt 3 ustawy o PIT zwalnia się od podatku dochodowego dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5a ustawy PIT opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają również dochody z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 24 ust. 15a i 15b. Na mocy art. 24 ust. 15a ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

- 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo
- 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik

- jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.

Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń (art. 24 ust. 15b).

Opodatkowanie świadczeń z tytułu ustawy o podatku od spadków i darowizn

W myśl art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 z późn. zm.).

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkwowi nie podlega:

- a) nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;
- b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez ministrów finansów i sprawiedliwości.

Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.)

oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015, poz. 1844) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu ustawy o PIT uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy.

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 64/2006 z dnia 12.06.06 i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

A. USZKODZENIA GŁOWY		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a)	Znaczne, rozległe (powyżej 5 cm długości), szpeczące, ściągające blizny – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn itp. Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od powierzchni):	1-10
b)	poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1-10
c)	od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11-20
d)	powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21-30
UWAGA: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać według punktu 1 a.		
2.	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości wgłobień i fragmentacji	1-10
3.	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a)	poniżej 10 cm ²	1-10
b)	od 10 do 50 cm ²	11-15
c)	powyżej 50 cm ²	16-25
UWAGA: – Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, ocenioną według powyższej zasady należy zmniejszyć o połowę. – Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według punktu 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według punktu 1.		
4.	Utrwalone, utrzymujące się powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci nawracającego płynotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1-15
5.	Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub odpowiednio Ashwortha):	
a)	porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
b)	głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4°-3° według skali Ashwortha)	60-80
c)	średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta lub 3°-2° według skali Ashwortha)	40-60
d)	nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2-1°, 1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5-40
e)	porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha): – prawej – lewej	70-90 60-80
f)	niedowład kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha): – prawej – lewej	70-90 60-80
g)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha): – prawa – lewa	50-60 40-50
h)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha): – prawa – lewa	30-50 20-40
i)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha): – prawa – lewa	10-30 5-20
j)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	40-50
k)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha):	25-40
l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	15-25
ł)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5-15

UWAGA:		
– W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo według punktu 11 uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.		
– W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać według punktu od 5 j do 5 ł oddzielnie dla każdej kończyny.		
SKALA LOVETTA		
0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,		
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej,		
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej,		
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,		
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej		
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej		
SKALA ASHWORTH		
1 – brak wzmożonego napięcia mięśniowego		
2 – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny		
3 – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu		
4 – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania		
5 – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania		
6.	Zespoły pozapiramidowe:	
a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b)	znacznie stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	41-70
c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	21-40
d)	nieznacznie stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	11-20
e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-10
7.	Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:	
a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41-80
c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11-40
d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10
8.	Padaczka (leczona) jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a)	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, ołepieniem uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	71-100
b)	padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami ołepiennymi znacznie utrudniająca samodzielną funkcjonowanie	50-70
c)	padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 3 napady w tygodniu i więcej	31-40
d)	padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc	21-30
e)	padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	11-20
f)	padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10
UWAGA:		
Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza neurologa lub psychiatrę. Podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.		
9.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – wykluczonez odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia.	
10.	Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych – wykluczone z odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia.	
11.	Zaburzenia mowy:	
a)	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b)	afazja całkowita motoryczna	60
c)	afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	41-59
d)	afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	21-40
e)	afazja nieznacznie stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10-20
12.	Pourazowe zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a)	znacznie upośledzające czynność ustroju	31-50
b)	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący):	
a)	z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	21-30
b)	z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-20
c)	z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
d)	zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
14.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a)	czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
b)	ruchowe	1-10
c)	czuciowo-ruchowe	2-20

15.	Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
	a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
	c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10
UWAGA:		
– Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać według punktu 49.		
– Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać według punktu 5.		
16.	Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego:	
	a) dużego stopnia	26-50
	b) średniego stopnia	11-25
	c) niewielkiego stopnia	5-10
17.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
UWAGA:		
Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać według punktu 5.		
B. USZKODZENIA TWARZY		
19.	Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
	a) ospzeczenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm ² powierzchni) blizny i ubytki bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
	b) ospzeczenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5-25
	c) ospzeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za ospzeczenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26-60
	d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
UWAGA:		
– Jeżeli blizny dotyczą nosa oceniać łącznie według punktu 20.		
– Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę według punktu 19.		
20.	Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
	a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1-5
	b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6-15
	c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-19
	d) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2-5
	e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	21-30
UWAGA:		
Zalecane jest potwierdzenie utraty powonienia obiektywnymi badaniami.		
21.	Utrata zębów – niezależnie od uzupełnienia protetycznego:	
	a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
	I. utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,5
	II. utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej 1/2 korony)	1
	III. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
	b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
	I. utrata korony (co najmniej 1/2 korony)	0,5
	II. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
	c) utrata zęba mlecznego	0,5
UWAGA:		
Przy skojarzonej utracie zębów z utratą szczęki lub żuchwy oceniać według punktu 23.		
22.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń żucia:	
	a) nieznacznego stopnia	1-5
	b) znacznego stopnia	6-10
UWAGA:		
– W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo według punktu 13c, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli do punktu 27a.		
– W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.		
– Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy ospzeczenie oceniać jedynie według punktu 19.		
– W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.		
23.	Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z ospieczeniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, ospzeczenia i powikłań:	
	a) częściowa	10-35

	b) całkowita	36-50
24.	Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
	a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
	b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
25.	Ubytek podniebienia	
	a) bez zaburzeń połykania	5-10
	b) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	11-25
	c) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26-40
26.	Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
	a) ubytki języka – ubytki niewielkiego stopnia bez zaburzeń mowy	1-3
	b) ubytki i zniekształcenia języka średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4-15
	c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanym i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16-40
	d) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

UWAGA:

- Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej 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.

27.	Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:	
	a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek ocenia się według Tabeli (tabela do punktu 27a – str. 5)	
	b) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej	40

UWAGA:

- Wartość uszczerbku w punkcie 27 b obejmuje oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.
- W przypadku utrwalonego dwojenia obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać według punktu 13 c.

28.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
	a) jednego oka	15
	b) obu oczu	30
29.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
	a) z zaburzeniami ostrości wzroku	według tabeli do punktu 27 a
	b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
30.	Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących:	
	a) z zaburzeniami ostrości wzroku	według tabeli do punktu 27 a
	b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
31.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
	a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku	według tabeli do punktu 27 a
	b) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
32.	Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać według poniższej Tabeli:	

Tabela do punktu 32

Zwężenie do	Przy niezwązonym polu w drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	20-35%
50°	1-5%	10-15%	36-45%
40°	6-10%	16-25%	46-55%
30°	11-15%	26-50%	56-70%
20°	16-20%	51-80%	71-85%
10°	21-25%	81-90%	86-95%
poniżej 10°	26-35%	91-95%	96-100%

33.	Połowicze i inne niedowidzenia:	
	a) dwuskroniowe	60
	b) dwunosowe	30
	c) jednoimiennie	30
	d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1-15
34.	Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:	
	a) w jednym oku	15
	b) w obu oczach	30

UWAGA:

- W przypadku gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo według Tabeli do punktu 27a z ograniczeniem do 35% w przypadku jednego oka i do 100% w obu oczach.

Tabela do punktu 27a

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

35.	Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowo) przy współistnieniu nie poddających się korekcy zaburzeń ostrości wzroku:		
	a)	w jednym oku	według Tabeli do punktu 27 a w granicach 15-35
	b)	w obu oczach	według Tabeli do punktu 27 a w granicach 30-100
36.	Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcy operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:		
	a)	w jednym oku	5-10
	b)	w obu oczach	10-15
37.	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe – oceniać według Tabeli do punktu 27 a i Tabeli do punktu 32 i/lub punktu 33 d, nie mniej niż		3
UWAGA: Urazowe odwartwienie siatkówki jednego oka uznajemy jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując trwały uszczerbek istniejący przed urazem). Odwartwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy (po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp.) nie są uznawane za pourazowe.			
38.	Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy		3
UWAGA: W przypadku pogorszenia ostrości wzroku – ocena według Tabeli do punktu 27a oraz w przypadku koncentrycznego zwężenia pola widzenia – ocena według Tabeli do punktu 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% dla jednego oka i 100% dla obu oczu.			
39.	Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:		
	a)	jednostronny	35
	b)	obustronny	100
40.	Zaćma pourazowa – oceniać według Tabeli do punktu 27a, po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcy.		
41.	Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:		
	a)	niewielkie zmiany	1-5
	b)	duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6-10
UWAGA: – Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). – Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27a.			

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

42.	Upośledzenie ostrości słuchu. Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwały uszczerbek ocenia się według niżej podanej Tabeli:		
Tabela do punktu 42			
Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu według Rosera (w mod.)			
Ucho prawe Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB Pow. 70 dB
0-25 Db	0	5%	10% 20%
26-40 Db	5%	15%	20% 30%
41-70 dB	10%	20%	30% 40%
pow. 70 dB	20%	30%	40% 50%

UWAGA:
Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości 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 500, 1000, 4000 Hz.

43.	Urazy małżowiny usznej:	
	a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	1-10
	b) całkowita utrata jednej małżowiny	15
	c) całkowita utrata obu małżowin	30
44.	Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu: oceniać według Tabeli do punktu 42	
45.	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego w związku z urazem:	
	a) jednostronne	5
	b) obustronne	10
46.	Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe powikłane: perlakiem, zapaleniem kości lub inną patologią – w zależności od stopnia powikłań:	
	a) jednostronne	5-15
	b) obustronne	10-20
47.	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej Ocenać według Tabeli do punktu 42	
48.	Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
	a) z uszkodzeniem części słuchowej	Ocenać według Tabeli do punktu 42
	b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1-20
	c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się.)	21-50
	d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia oceniać łącznie według punktów 48a i 48b lub 48a i 48c.	
49.	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
	a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-25
	b) dwustronne	10-50
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		
50.	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5-10
51.	Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
	a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5-10
	b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów	11-30
52.	Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
	a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	30-59
	b) z bezgłosem	60
53.	Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
	a) bez niewydolności oddechowej	1-10
	b) z dusznością w trakcie wysiłku fizycznego	11-20
	c) z dusznością w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagającą okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21-40
	d) z dusznością spoczynkową – duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym	41-60
54.	Uszkodzenie przełyku:	
	a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
	b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6-20
	c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia	21-50
	d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena według punktu 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10-30
55.	Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
	a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tklowości blizn	1-5
	b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6-15
	c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	16-30
	d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

UWAGA:
Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 89.

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		
56.	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpeczące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
b)	miernie ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
c)	średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
d)	znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
e)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
57.	Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie według punktu 56):	
a)	blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1-5
b)	znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 50 roku życia	6-10
c)	znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 50 roku życia	11-15
d)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku do 50 roku życia	5-15
e)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku po 50 roku życia	1-10
f)	całkowita utrata sutka – do 50 roku życia	16-20
g)	całkowita utrata sutka – po 50 roku życia	10-15
h)	utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać według powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10
58.	Złamania (co najmniej dwóch) żeber:	
a)	z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1-5
b)	z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
c)	ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
d)	ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.		
59.	Złamanie mostka:	
a)	bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1-3
b)	ze wzrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4-10
60.	Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się według punktu 58 lub 59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:	1-15
61.	Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a)	uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1-5
b)	z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	6-10
c)	z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	11-25
d)	z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	26-40
62.	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać według punktu 61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:	10-20
UWAGA: Przy ocenie według punktów 56, 58, 60, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/ lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów Tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwałe uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden punkt 56 lub 58 lub 61 przyjmując kategorię dla ustalonego stopnia niewydolności oddechowej. Pozostałe punkty oceniać jak bez upośledzenia wydolności oddechowej.		
STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ: – niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC – 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych, – średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych, – znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.		
63.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	po leczeniu operacyjnym, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b)	I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
c)	II klasa NYHA, EF 45%-55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
d)	III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
e)	IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzenia kurczliwości.		

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:		
Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.	
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:		
Fracja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.		
DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:		
MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.		
64.	Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:	
a)	bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	1-5
b)	zaburzenia niewielkiego stopnia	6-10
c)	zaburzenia średniego stopnia	11-20
d)	zaburzenia dużego stopnia	21-40
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		
65.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), szpecące	1-5
b)	uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	6-15
c)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA:		
Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane za pourazowe.		
66.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a)	po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1-5
b)	z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	6-10
c)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	11-40
d)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67.	Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań:	
a)	jelita cienkiego	30-80
b)	jelita grubego	20-50
68.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:	1-10
UWAGA:		
Dla potrzeb niniejszej Tabeli za duże naczynia krwionośne jamy brzusznej przyjmuje się: aortę brzuszną, tętnice biodrowe wspólne, tętnice biodrowe wewnętrzne i zewnętrzne.		
69.	Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a)	blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1-5
b)	powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70.	Uszkodzenia odbytnicy:	
a)	pełnościennne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1-5
b)	wypadanie błony śluzowej	6-10
c)	wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11-30
71.	Uszkodzenia śledziony:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
d)	utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
72.	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a)	bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1-5
b)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
c)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
d)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

UWAGA:

Przetokę trzustkową oceniać według ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d. Przetokę żółciową oceniać według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d. Zwężenia dróg żółciowych orzekać według częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d.

KLASYFIKACJA CHILDA-PUGH – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8 - 3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I - II°	III - IV°

GRUPA A – 5-6 pkt, GRUPA B – 7-9 pkt, GRUPA C – 10-15 pkt

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

73.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji:	10-25
74.	Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej:	30
75.	Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	35-75
76.	Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła:	
	a) nie powodujące zaburzeń funkcji	1-5
	b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6-20
77.	Uszkodzenie pęcherza – ocena po uzyskaniu optymalnego efektu terapeutycznego – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	
	a) po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji	3-5
	b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6-15
	c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
78.	Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
	a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
	b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
79.	Zwężenia cewki moczowej:	
	a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
	b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
	c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41-60

UWAGA:

Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.

80.	Utrata prącia:	40
81.	Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	3-30
82.	Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
	a) uszkodzenie w wieku do 50 roku życia	5-19
	b) uszkodzenie w wieku po 50 roku życia	1-9
	c) utrata w wieku do 50 roku życia	20
	d) utrata w wieku po 50 roku życia	10
83.	Utrata obu jąder lub obu jajników:	
	a) w wieku do 50 roku życia	40
	b) w wieku po 50 roku życia	20
84.	Pourazowy wodniak jądra:	
	a) wyleczony operacyjnie	2
	b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3-10
85.	Utrata macicy:	
	a) w wieku do 50 lat	40
	b) w wieku powyżej 50 lat	20
86.	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
	a) Rozległe blizny, ubytki, deformacje	1-5
	b) wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	6-10
	c) wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30
I.	OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH (orzeczenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu może nastąpić nie wcześniej niż po 6-ciu miesiącach)	
87.	Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:	

	a)	powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1-15
	b)	z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	16-25
UWAGA: – Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.			
88.	Inne następstwa zatruc oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim		1-15
UWAGA: – Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu. – Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać według odpowiednich Tabel do punktów 27a, 32, 42. – Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.			
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA			
89.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym powstałe w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem”)		
	a)	zespół bólowy miejscowy z niewielkim ograniczeniem ruchomości	1-5
	b)	zespół bólowy miejscowy ze znacznym ograniczeniem ruchomości	6-10
90.	Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG czynnościowe) w odcinku szyjnym:		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
	b)	z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	7-14
	c)	z ograniczeniem ruchomości 51%-75%	15-20
	d)	z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
	e)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	f)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
	g)	niestabilność (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg – oceniając przemieszczenie sąsiednich trzonów lub/i rotację) ocenia się według punktów 90a lub 90b lub 90c lub 90d, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	1-8
	h)	powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według punktów 90a lub 90b lub 90c lub 90d lub 90g zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 90, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.			
91.	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11) potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG)		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 50%	1-9
	b)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-19
	c)	zesztywnienie w pozycji fizjologicznej	20
	d)	zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	21-30
	e)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się według punktu 91a-d zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 91, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego na odcinek piersiowy 2-3 cm.			
92.	Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th12-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG)		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
	b)	z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	7-14
	c)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
	d)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	e)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
	f)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się według punktów 92a-e zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
UWAGA: – Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 92, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. – Kręgosłup kręgowy (zwyrodnieniowy) i prawdy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego na odcinek lędźwiowy 7-8 cm.			
93.	Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się według punktów 90-92.		
94.	Uszkodzenie rdzenia kręgowego oceniane według skali Lovetta lub odpowiednio Ashwortha:		
	a)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
	b)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładów, w zależności od stopnia zaburzeń	5-30

	c)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (3-4° w skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	5-30	
	d)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (0-2° w skali Lovetta lub 5-4° według skali Ashwortha)	31 –60	
	e)	głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), niedowład cztero kończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	61-90	
	f)	porażenie kończyn górnych i /lub dolnych (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha), głęboki niedowład cztero kończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowicznego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100	
95.	Urazowe zespoły korzeniowe – w zależności od stopnia:			
	a)	szyjne niewielkiego stopnia	1-5	
	b)	szyjne znacznego stopnia	6-15	
	c)	piersiowe	1-10	
	d)	łędźwiowo-krzyżowe niewielkiego stopnia	1-5	
	e)	łędźwiowo-krzyżowe znacznego stopnia	6-15	
	f)	guziczne	5	
UWAGA: Zaburzenia stwierdzone w punkcie 95 a-f muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Za niewielkie należy uznać stwierdzone badaniami zaburzenia czucia, osłabienie lub zniesienie odruchów, a za znacznego stopnia gdy występują niedowłady oraz zaniki mięśniowe.				
K. USZKODZENIA MIEDNICY				
96.	Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:			
	a)	utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1-5	
	b)	utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	6-15	
	c)	utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	1-10	
	d)	utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	11-30	
UWAGA: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy oceniać według punktu 97 lub 98.				
97.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:			
	a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa – obie gałęzie, kość łonowa i kulszowa)	1-10	
	b)	w odcinku przednim obustronnie	5-15	
	c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10-30	
	d)	w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20-40	
UWAGA: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.				
98.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy biodrowej:			
	a)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np.: złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1-3	
	b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4-8	
	c)	mnoгие złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2-7	
	d)	mnoгие złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	8-15	
UWAGA: – Złamanie panewki stawu biodrowego – w zależności od upośledzenia funkcji stawu – oceniać według punktu 143. – Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać według punktu 146. – Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.				
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ				
ŁOPATKA			Prawa (dominująca)	Lewa
99.	Złamanie łopatki:			
	a)	wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1-5	1-3
	b)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6-12	4-9
	c)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	13-20	10-15
	d)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21-40	16-30
UWAGA: Normy punktu 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.				

OBOJCZYK			
100.	Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:		
	a)	niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego do 20%	1-8 1-6
	b)	deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramiennie-łopatkowego powyżej 20%	9-20 7-15
UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomyr orzekać wyłącznie z punktu 101.			
101.	Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:		
	a)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym do 20%	10-14 8-12
	b)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym powyżej 20%.	15-25 13-20
102.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego, w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:		
	a)	brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1-5 1-3
	b)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6-10 4-8
	c)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11-15 9-13
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
103.	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się według jednego z punktów 100, 101 lub 102 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:		5
STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY			Prawa (dominująca) Lewa
104.	Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur stawu – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-11 1-7
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%-50%	12-19 8-14
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20-35 15-30
UWAGA: Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego wygojone protezą należy oceniać według punktu 104.			
105.	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:		20-35 15-30
106.	Nawykowe zwichnięcie stawu ramiennie-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:		5-25 5-20
UWAGA: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu ramiennie-łopatkowego. Przy orzekaniu według punktu 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Jeżeli całość dokumentacji medycznej pochodzi z okresu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a zwichnięcie nawykowe zgłaszane jest po raz pierwszy – orzekać według punktu 106. Gdy dokumentacja medyczna wskazuje na występowanie zwichnięć nawykowych przed okresem objęcia ochroną: – jeżeli pomiędzy zgłaszanym obecnie zwichnięciem, które wystąpiło w okresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, a poprzednim zwichnięciem (przed okresem objęcia ochroną) upłynęło ponad 5 lat, zdarzenie traktować jako zdarzenie niezależne, o charakterze zwichnięcia urazowego, orzekać według punktu 104. Kolejne zgłoszone zwichnięcie traktowane będzie jako nawykowe, orzekane z punktu 106. Jeżeli wskazany powyżej okres jest krótszy niż 5 lat, analizować mechanizm, który doprowadził do wystąpienia aktualnie orzekanego zwichnięcia: – nagłe zadziałanie siły zewnętrznej – traktować jako pierwotny wynik urazu – orzekać według punktu 106. – jeżeli do zwichnięcia doszło w trakcie normalnej, codziennej aktywności życiowej – nie uznawać komponenty urazowej (zdarzenie przyczynowo związane jest ze stanem zdrowia)			
107.	Staw ramienny wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:		25-40 20-35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażań – ocenia się według norm neurologicznych.			
108.	Zesztywnienie stawu ramiennie-łopatkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym):		
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20 15
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	21-40 16-35
109.	Bliznowaty przykurcz stawu ramiennie-łopatkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu orzekać według punktu 104 lub 108.		
110.	Uszkodzenie stawu ramiennie-łopatkowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się według punktów 104, 105, 106, 107, 108 lub 109, zwiększając stopień uszczerbku o:		3
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stawu ramiennie-łopatkowego oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
111.	Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym:		70 65
112.	Utrata kończyny wraz z łopatką:		75 70
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO – zgięcie 0-180°, wyprost 0-60°, odwodzenie 0-90°, unoszenie 90-180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem jako odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°), przywodzenie 0-50°, rotacja zewnętrzna 0-70°, rotacja wewnętrzna 0-100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20-40° zgięcia, 20-50° odwodzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)			
RAMIĘ			Prawe (dominujące) Lewe
113.	Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie ramiennie-łopatkowym i łokciowym:		
	a)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub/i łokciowym do 30%	1-15 1-10

	b)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramiennie-łopatkowym lub/i łokciowym powyżej 30%	16-30	11-25
	c)	złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości itp. ocenia się według punktu 113 a lub 113 b, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od zaburzeń funkcji o	5	
114.	Staw rękomy kości ramiennej		30	25
115.	Uszkodzenia mięśni, przyczepów, ścięgien i naczyń – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:			
	a)	zmiany niewielkie	1-5	1-4
	b)	zmiany średnie	6-12	5-9
	c)	zmiany duże	13-20	10-15
UWAGA: Według punktu 115 orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.				
116.	Utrata kończyny w obrębie ramienia:			
	a)	z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
	b)	przy dłuższych kikutach	65	60
STAW ŁOKCIOWY			Prawy (dominujący)	Lewy
117.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5	1-4
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
118.	Zesztywnienie stawu łokciowego:			
	a)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25	20
	b)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26-30	21-25
	c)	w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45	40
	d)	w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
119.	Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5	1-4
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
UWAGA: Według punktu 119 orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.				
120.	Staw łokciowy cepowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni		15-30	10-25
121.	Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według jednego z punktów 117, 118, 119 lub 120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o		5	
Zakres ruchomości stawu łokciowego: od 5-10° przeprostu, do 160° zgięcia				
PRZEDRAMIĘ			Prawe (dominujące)	Lewe
122.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
	d)	zesztywnienie przedramienia w położeniu korzystnym	20	15
	e)	zesztywnienie przedramienia w położeniu niekorzystnym	25-30	20-25
123.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchów do 20%	1-6	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchów w zakresie 21-50%	7-15	6-10
	c)	duże zmiany, zmiany wtórne i inne z ograniczeniem ruchów powyżej 50%	16-30	11-25
124.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):			
	a)	niewielkie zmiany	1-5	1-4
	b)	średnie zmiany	6-10	5-8
	c)	duże zmiany	11-20	9-15
UWAGA: – Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według jednego z punktów 122, 123, 125, 126. – W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanego stawem rękowym orzekać wyłącznie z punktu 125.				
125.	Staw rękomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:			
	a)	średniego stopnia	10-20	10-15
	b)	dużego stopnia	21-35	16-30

UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanego stawem rzekomych orzekać wyłącznie z punktu 126.			
126.	Staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:		
	a)	średniego stopnia	10-25 10-20
	b)	dużego stopnia	26-40 21-35
127.	Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się według jednego z punktów 122, 123, 124, 125 lub 126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o		5
128.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do protezowania:		55-60 50-55
129.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:		55 50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA: – nawracanie 0-80°, odwracanie 0-80° (pozycja funkcjonalna – 20° nawrócenia)			
NADGARSTEK			Prawy (dominujący) Lewy
130.	Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwknięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6 1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15 6-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25 11-20
131.	Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20 15
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25-30 20-25
132.	Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się według jednego z punktów 130 lub 131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:		5
133.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka:		55 50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA: zgięcie dłoniowe 70° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30° (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).			
ŚRÓDRĘCZE			Prawe (dominujące) Lewe
134.	Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:		
	a)	I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):	
		I. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1-6 1-5
		II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-12 6-9
		III. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13-20 10-15
	b)	II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):	
		I. z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5 1-3
		II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	6-9 4-6
		III. z ograniczeniem powyżej 60%	10-15 7-10
	c)	III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):	
		I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2 1
		II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-5 2-4
	d)	IV, V kość śródręcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródręcza:	
		I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2 1
		II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-4 2
KCIUK			Prawy (dominujący) Lewy
135.	Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości kciuka oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:		
	a)	częściowa lub całkowita utrata opuszki	1-4 1-2
	b)	częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5-10 3-6
	c)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11-15 7-10
	d)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16-20 11-15
	e)	utrata obu paliczków z kością śródręcza	21-25 16-20
136.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwknięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-5 1-3
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26-50%	6-10 4-8
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51-75%	11-15 9-12
	d)	bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16-20 13-15

UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.					
ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA: – staw śródrečno-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – odwodzenie 0-50° – przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródrečno-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm – opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródrečno-paliczkowych na wysokości III stawu śródrečno-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm					
PALEC WSKAZUJĄCY			Ręka prawa (dominująca)	Lewa	
137.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:				
a)	utrata częściowa opuszki		1-2	1	
b)	utrata paliczka paznokciowego		3-5	2-3	
c)	utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego		6-9	4-7	
d)	utrata paliczka środkowego		10	8	
e)	utrata trzech paliczków		15	10	
f)	utrata wskaziciela z kością śródrečna		16-20	11-15	
138.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:				
a)	zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%		1-3	1-2	
b)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-40%		4-6	3-4	
c)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41-70%		7-11	5-7	
d)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%		12-15	8-10	
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY			Ręka prawa (dominująca)	lewa	
139.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:				
a)	palec III – utrata paliczka paznokciowego		3	2	
b)	palec III – utrata dwóch paliczków		7	5	
c)	palec III – utrata trzech paliczków		10	8	
d)	palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego		2	1	
e)	palec IV i V – utrata dwóch paliczków		4	2	
f)	palec IV i V – utrata trzech paliczków		7	3	
140.	Utrata palców III, IV lub V z kością śródrečna:				
a)	palec III		10-12	8-10	
b)	palec IV i V		7-9	3-5	
c)	utrata mnogie:				
	I. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego		35	25	
	II. całkowita amputacja kciuka i palca innego niż wskazujący		25	20	
	III. całkowita amputacja dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący		2	8	
	IV. całkowita amputacja trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący		20	15	
	V. całkowita amputacja czterech palców łącznie z kciukiem		45	40	
	VI. całkowita amputacja czterech palców innych niż kciuk		40	35	
UWAGA: Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku ręki nie może przekroczyć 55% – prawej (dominującej) i 50% – lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki.					
			Ręka prawa (dominująca)	lewa	
141.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zeszywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:				
a)	palec III:				
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych		1-2	1-2	
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych		3-5	3-4	
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi		1-5	1-4	
	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi		6-10	5-8	
b)	palec IV i V:				
	I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych		1-2	1	
	II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych		3-4	2	
	III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi		1-4	1-2	

	IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5-8	3-4
ZAKRESY RUCHOMOŚCI – PALCE II-V: – staw śródrečno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia) – staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia) – staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)			
M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ			
STAW BIODROWY			
142.	Utrata kończyny dolnej:		
	a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	75	
	b) odjęcie powyżej 1/2 uda	65	
143.	Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:		
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-12	
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	13-24	
	c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25-35	
144.	Zeszytywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	35	
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40-45	
145.	Przykurcze i zeszytywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się według punktu 143, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5	
146.	Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:		
	a) bez ograniczeń funkcji	15	
	b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16-25	
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26-45	
UWAGA:			
– Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę trwałego uszczerbku ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. – W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. – W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO – zgięcie 0-120°, wyprost 0-20°, odwodzenie 0-50°, przywodzenie 0-40°, rotacja na zewnątrz 0-45°, rotacja do wewnątrz 0-50°.			
UDO			
147.	Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:		
	a) izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm	5-10	
	b) izolowane skrócenie powyżej 3 cm do 5 cm	11-20	
	c) izolowane skrócenie powyżej 5 cm	21-30	
	d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm włącznie lub bez skrócenia	5-15	
	e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie powyżej 3 cm do 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16-30	
	f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	31-40	
148.	Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	30-55	
149.	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:		
	a) niewielkiego stopnia	1-5	
	b) średniego stopnia	6-10	
	c) znacznego stopnia	11-20	
UWAGA:			
Według punktu 149 oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.			
150.	Uszkodzenie dużych naczyń – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań:	5-30	
151.	Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się według punktu 147, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o	5	
152.	Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według punktów 147-150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10-60	
UWAGA:			
Łączny stopień uszczerbku ocenianego według punktów 147-152 i punktu 153 nie może przekroczyć 60%.			
153.	Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania:	55-60	

KOLANO		
154.	Złamanie kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się według punktu 155:	
a)	utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde dwa stopnie ubytku ruchu	1
b)	utrata ruchomości w zakresie 41°-90° za każde 5 stopni	1
c)	utrata ruchomości w zakresie 91°-120° za każde 10 stopni ubytku ruchu	1
d)	zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	25
e)	zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się według punktu 154.	
a)	niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	1-5
b)	niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	6-12
c)	niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	13-19
d)	niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	20-25
e)	globalna niestabilność w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	26-35
156.	Inne następstwa urazów stawu kolanowego (przewlekłe wysiękowe zapalenia, chondromalacja, następstwa zwłknięć rzepki, niestabilności rzepki, uszkodzenia łąkotec w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości	1-10
UWAGA:		
– łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%.		
– Nie każde rozpoznanie nawykowego zwłknięcia rzepki należy traktować jako urazowe. Każdorazowo należy brać pod uwagę mechanizm urazu (nagle zadziałanie siły zewnętrznej), skutki urazu (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie zmian anatomicznych (takich jak dysplazja stawu rzepkowo-udowego stwierdzana na zdjęciach osiowych, znaczna koślawość kolana, wiotkość wielostawowa), choroby predysponujące do powstania nawykowego zwłknięcia rzepki (zespół Downa, dysplazja nasadowa, lub nasadowo-kregowa). Każdorazowo analizę należy oprzeć o pełną dokumentację medyczną.		
157.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
ZAKRES RUCHOMOŚCI STAWU KOLANOWEGO: Funkcjonalny zakres ruchomości w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprost do 120° dla zgięcia.		
PODUDZIE		
158.	Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian:	
a)	izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm	5-10
b)	izolowane skrócenie powyżej 3 cm do 5 cm włącznie	11-20
c)	izolowane skrócenie powyżej 5 cm	21-30
d)	niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm włącznie lub bez skrócenia	5-15
e)	średnie zmiany ze skróceniem powyżej 3 cm do 5 cm włącznie	16-30
f)	duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	31-40
159.	Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1-3
160.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	6-10
c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
161.	Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a)	przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
b)	przy dłuższych kikutach	45
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.		
STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
162.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwłknięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się zmian wtórnych:	
a)	niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
b)	średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
c)	dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11-20
d)	powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć stopień trwałego uszczerbku o	5
163.	Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się zmian wtórnych oraz ograniczenia funkcji:	
a)	pod kątem zbliżonym do prostego $\pm 5^\circ$	20
b)	w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21-30
c)	w ustawieniach niekorzystnych, z przetokami, zapaleniem kości itp. zwiększyć ocenę trwałego uszczerbku o	5

164.	Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od zniekształceń i zaburzeń funkcji:	
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
165.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a)	częściowa utrata	20-30
b)	całkowita utrata	31-40
166.	Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
a)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
b)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
c)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
167.	Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
a)	I lub V kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1-5
	II. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	6-10
b)	II, III lub IV kości śródstopia:	
	I. niewielkie zmiany	1-3
	II. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4-7
c)	złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3-15
168.	Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się według punktu 167 zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
169.	Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a)	niewielkie zmiany	1-5
b)	średnie zmiany	6-10
c)	duże zmiany	11-15
170.	Utrata stopy w całości	45
171.	Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172.	Utrata stopy w stawie Lisfranca	35
173.	Utrata przodostopia w zależności od rozległości i jakości kikuta	20-30
UWAGA:		
W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.		
FUNKCJONALNE ZAKRESY RUCHOMOŚCI STĘPU		
– zgięcie grzbietowe 0-20°, zgięcie podszwowe 0 – 40-50°, nawracanie 0-10°, odwracanie 0-40°, przywodzenie 0-10°, odwodzenie 0-10°.		
PALCE STOPY		
174.	Uszkodzenia palucha – w zależności od zmian i ograniczenia ruchomości:	
a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-2
b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	3-5
c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	6-8
175.	Utrata palucha – w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu:	
a)	ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-4
b)	utrata paliczka paznokciowego palucha	5
c)	utrata całego palucha	10
d)	utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	11-15
176.	Utrata palucha wraz z innymi palcami stopy:	
a)	wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	16
b)	wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177.	Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a)	częściowa utrata palca (za każdy palec)	1
b)	całkowita utrata palca (za każdy palec)	2
c)	całkowita utrata czterech palców stopy	8
d)	znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1-2
178.	Utrata palca V z kością śródstopia	3-8
179.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych za każdy palec	3-5

180.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:	1-5	
UWAGA:			
– łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w zakresie kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.			
– Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.			
N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH			
		Strona prawa	lewa
181.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	
b)	nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c)	nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-45	2-35
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-30	3-25
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	1-10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4-40	3-30
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
k)	nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-25	1-20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnjej)	10-25	5-20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-45	10-40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
o)	nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	
p)	nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-30	
q)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3-20	
r)	nerwu sromowego wspólnego	3-25	
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	10-60	
t)	nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-30	
u)	nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-20	
v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego	30-60	
w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	
UWAGA:			
Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego.			
UWAGI KOŃCOWE:			
– Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.			
– łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.			
– Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać według amputacji na wyższym poziomie.			
– Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry. Uszkodzenia w zakresie:			
– twarzy uwzględniono w punkcie 19,			
– szyi uwzględniono w punkcie 55,			
– klatki piersiowej uwzględniono w punkcie 56,			
– brzucha uwzględniono w punkcie 65			
– kończyn za 1% TBSA – 1% uszczerbku,			
– dłoni za 1% TBSA – 4% uszczerbku.			

Suplement do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązujący do umów indywidualnych ubezpieczeń na życie

Obciążenia związane z przenoszeniem (podnoszeniem) przedmiotów w zależności od ich ciężaru.

Dźwignięcie ciężaru	Kobiety	Mężczyźni
Ciężar nadmierny	>30 kg	> 50 kg
Ciężar średni	20-30 kg	30-50 kg

Uwzględniając definicję przeciążenia, zdarzenia opisane w Tabeli I i Tabeli II mogą być uznane jako częściowo spełniające definicję nieszczęśliwego wypadku, a ich utrwalone skutki zostaną ocenione przez lekarza uprawnionego, z tym że przy ocenie końcowej, wysokość trwałego uszczerbku każdorazowo zostanie pomniejszona o odpowiednią wartość procentową, odniesioną do udziału czynnika chorobowego, co w konsekwencji pomniejsza świadczenie o odpowiednią wartość procentową zgodnie z Tabelą I i Tabelą II.

Tabela I.

Procentowy udział czynnika chorobowego w powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu – dotyczy kręgosłupa L i C

Wynik badań obrazowych RTG, CT, NMR	Rodzaj wykonanej czynności, charakter przeciążenia		
Stopień zaawansowania i lokalizacja zmian chorobowych (zwyrodnieniowych) kręgosłupa	Codzienne czynności w domu i pracy (długotrwałe wymuszona pozycja ciała: stojąca, siedząca, w skłonie, ruchy zginania lub rotacji tułowia), długotrwały wysiłek fizyczny	Dźwignięcie średniego ciężaru	Dźwignięcie nadmiernego ciężaru, ruch, ćwiczenia, znaczny wysiłek sportowy
Badania obrazowe sprzed zdarzenia – prawidłowe, brak wywiadu chorobowego w tym kierunku	Udział czynnika chorobowego 80%	Udział czynnika chorobowego 50%	Udział czynnika chorobowego 20%
Widoczne zmiany w badaniach obrazowych sprzed zdarzenia – zwężenie przestrzeni międzykręgowych, brzeżne wyrośla kostne na kręgosłupie trzonów, w RTG zmiana jednopoziomowa, w NMR ekstruzja z rozerwaniem włókien pierścienia włóknistego i penetracją jądra miazdżystego na zewnątrz lub wywiad chorobowy (ból)	Udział czynnika chorobowego 90%	Udział czynnika chorobowego 70%	Udział czynnika chorobowego 60%
Zmiany zaawansowane, wielopoziomowe w RTG – obniżenie wysokości trzonów; niestabilność kręgow. W NMR sekwestracja i przepuklina zaklinowana	Udział czynnika chorobowego 95%	Udział czynnika chorobowego 90%	Udział czynnika chorobowego 80%

Tabela II

Procentowy udział czynnika chorobowego w zerwaniu ścięgna Achillesa lub odpowiednio mięśnia dwugłowego ramienia

Objawy kliniczne, dane medyczne	Przeciążenie		
Oceniany procentowy (%) wpływ choroby na wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu	Rutynowy wysiłek związany z codziennymi czynnościami	Nagle przeciążenie ścięgna/ lub odpowiednio mięśnia	Dźwignięcie nadmiernego ciężaru, znaczne przeciążenie mięśnia, wysiłek sportowy
Badania sprzed zdarzenia nie wskazujące na istnienie zmian chorobowych. Zerwanie częściowe lub całkowite ścięgna/ lub odpowiednio mięśnia	Udział czynnika chorobowego 50%		
Badania sprzed zdarzenia wskazujące na istnienie zmian chorobowych lub przebytych urazów w obrębie ścięgna/ lub odpowiednio mięśnia	Udział czynnika chorobowego 95%		

Zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 131/ 2015 TU Allianz Życie Polska S.A. z dnia 27 sierpnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 7 września 2015 roku.



Veit Stutz
Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu