

Aneks Nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”

SPIS TREŚCI:

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	str 1	§ 17. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO	str 6
§ 2. DEFINICJE	str 1	§ 18. POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO	str 6
§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	str 2	§ 19. POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO	str 6
§ 4. NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK	str 3	§ 20. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 7
§ 5. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 3	§ 21. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU	str 7
§ 6. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY	str 3	§ 22. TRWAŁE I CZĘŚCIOWE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 7
§ 7. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 3	§ 23. NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 7
§ 8. URODZENIE DZIECKA Z WRODZONĄ WADĄ ROZWOJOWĄ	str 3	§ 24. OPERACJE CHIRURGICZNE	str 8
§ 9. OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	str 4	§ 25. OPERACJE CHIRURGICZNE SPOWODOWANE NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM	str 8
§ 10. LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO	str 4	§ 26. KARENCA	str 8
§ 11. LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 4	§ 27. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	str 9
§ 12. LECZENIE SZPITALNE DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE	str 4	§ 28. PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	str 9
§ 13. ZWROT KOSZTÓW AKWIZYCJI ZAWODOWEJ UBEZPIECZONEGO	str 4	§ 29. KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA	str 9
§ 14. CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 4	§ 30. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	str 9
§ 15. TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	str 5	§ 31. KATALOG WRODZONYCH WAD ROZWOJOWYCH	str 10
§ 16. TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	str 5	§ 32. TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH	str 11
		§ 33. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	str 16
		§ 34. ZAŁĄCZNIKI	str 16

§ 1.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejszy Aneks Nr 1 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” zatwierdzonych Uchwałą 2/Z/2008 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 13 lutego 2008 r. stosuje się do umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie a Ubezpieczającym.

§ 2.

DEFINICJE

nieszczęśliwy wypadek - nagłe, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszkodzeń ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub innymi zmianami chorobowymi, w szczególności: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagle, za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się także następstw zdrowotnych wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia ubezpieczonego, wystąpienie dyskopatii, przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin powysiłkowych.

Czynności życia codziennego:

- poruszanie się (mobilność)** - zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła (bez fizycznej pomocy innej osoby),
- kontrola czynności fizjologicznych** - świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu, umożliwiającą zachowanie higieny osobistej,
- ubieranie się** - samodzielne ubieranie się i rozbieranie się,

- korzystanie z toalety** - zdolność do samodzielnego udania się i powrotu z toalety, zdolność do samodzielnego skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny,
- odżywianie się** - samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku;

choroba Heinego-Medina (Poliomyelitis) - wystąpienie choroby Heinego-Medina spełniającej następujące warunki:

- identyfikacja wirusa Polio jako przyczyny choroby,
- porażenie mięśni kończyn lub mięśni układu oddechowego utrzymujące się przez okres nie krótszy niż trzy miesiące;

choroba Creutzfeldta - Jakoba - rozpoznana klinicznie przez specjalistę neurologa, choroba powodująca niemożność wykonywania minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

- poruszania się (mobilność)** - zdolności do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i wstawania z krzesła (bez fizycznej pomocy innej osoby),
- kontroli czynności fizjologicznych** - świadomej kontroli nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu, umożliwiającą zachowanie higieny osobistej,
- ubierania się** - samodzielnego ubierania się i rozbierania się,
- korzystania z toalety** - zdolności do samodzielnego udania się i powrotu z toalety, zdolności do samodzielnego skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny,
- odżywiania się** - samodzielnego spożywania przygotowanego posiłku;

choroba Parkinsona - przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmocnienia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy; konieczne jest wykluczenie parkinsonizmu objawowego;

stwardnienie rozsiane - przewlekła choroba, charakteryzująca się występowaniem ubytkowych objawów neurologicznych, powstałych w wyniku rozsianych zmian demielinizacyjnych w ośrodkowym układzie nerwowym, przebiegająca z okresami rzutów i remisji lub o przebiegu postępującym. Rozpoznanie musi być stwierdzone na podstawie:

- badania podmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa odrębne w czasie rzuty choroby (oddzielone od siebie okresami dłuższymi niż 30 dni),
- badania przedmiotowego, w którym stwierdza się co najmniej dwa objawy ubytkowe z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
- badania rezonansu magnetycznego (MRI), w którym stwierdza się obraz charakterystyczny dla stwardnienia rozsianego.

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie;

sepsa - uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową; przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;

gruźlica - choroba zakaźna, spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego;

pierwotne nadciśnienie płucne - pierwotne nadciśnienie w tętnicach płucnych stwierdzone przy jednoczesnym spełnieniu następujących kryteriów:

- znaczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej,
- potwierdzona niewydolność prawokomorowa serca;

zgorzel gazowa - rozpoznane klinicznie ciężkie zakażenie przyranne, wymagające zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych, przebiegające z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowane przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (oedematiens) lub *Clostridium septicum*;

odmrożenie - proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe wskutek zadziałania czynnika termicznego (niska temperatura) lub chemicznego na organizm człowieka, powstałe wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, iż w myśl postanowień niniejszej klauzuli, objęte ochroną są odmrożenia co najmniej II stopnia;

złamanie - medycznie stwierdzone przerwanie ciągłości tkanki kostnej;

zakażenie tężcem - ostre zakażenie laseczką tężca, wymagające leczenia szpitalnego i przebiegające klinicznie jako postać uogólniona;

wścieklizna - ostra choroba zakaźna, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirusa wścieklizny;

trwała i całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji - stwierdzona przez lekarza specjalistę całkowita, trwała i nieodwracalna niezdolność do samodzielnego wykonywania przez Ubezpieczonego trzech lub więcej „Czynności życia codziennego”, występująca łącznie wraz z trwałą i całkowitą niezdolnością do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód;

wypadek przy pracy - nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony w ramach łączącego go z pracodawcą stosunku pracy albo stosunku cywilnoprawnego, który nastąpił:

- podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
- w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy,
- w czasie trwania podróży służbowej.

Za Wypadek przy pracy nie uważa się nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w drodze do pracy lub w drodze z pracy.

akwizycja zawodowa - przeszkolenie Ubezpieczonego, umożliwiające podjęcie pracy zawodowej innej niż ta, którą Ubezpieczony wykonywał przed zajściem nieszczęśliwego wypadku, a której dalsze wykonywanie jest niemożliwe ze względu na stan zdrowia, będący następstwem tego wypadku;

czasowa niezdolność do pracy - spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, trwająca nieprzerwanie, nie krócej niż 30 dni niemożność świadczenia przez Ubezpieczonego pracy na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego, potwierdzona wydanym zgodnie z przepisami prawa zaświadczeniem lekarskim;

wrodzona wada rozwojowa - nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym, która ujawniła się do trzeciego roku życia dziecka. Ochroną ubezpieczeniową objęte są wady zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, wymienione w Katalogu Wrodzonych Wad Rozwojowych;

trwale i częściowe inwalidztwo - powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku stan polegający na trwałej i fizycznej utracie narządu lub trwałej utracie władzy nad narządem, kończyną lub układem, bądź złamanie nie powodujące trwałej straty funkcji kończyny, bądź powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku oparzenie bądź odmrożenie, lub powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku uraz jednego z wymienionych narządów wewnętrznych: serce, płuco i opłucna, wątroba, jelito, nerki, żołądek, śledziona, macica, jajnik lub jądro, gruczoł sutkowy; zakres zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną w ramach ryzyka trwałego i częściowego inwalidztwa określony jest w Tabeli Trwałego i Częściowego Inwalidztwa w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;

szpital - działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, prowadzący lecznictwo zamknięte, spełniający jednocześnie wszystkie z wymienionych poniżej warunków:

- posiada wydane zgodnie z przepisami prawa polskiego zezwolenie na prowadzenie szpitala na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- zatrudnia zawodową i wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską,
- posiada odpowiedni sprzęt medyczny i zdolność do wykonywania zabiegów chirurgicznych,
- zapewnia całodobową opiekę pielęgniarską i lekarską w specjalnie przygotowanych do tego celu pomieszczeniach.

W rozumieniu niniejszego Aneksu za szpital nie uważa się: ośrodka zdrowia; ośrodka pomocy społecznej; hospicjum; ośrodka dla osób psychicznie chorych; ośrodka leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, leków i innych środków odurzających; ośrodka sanatoryjnego; uzdrowiska; prewentoria; szpitala sanatoryjnego; ośrodka wypoczynkowego, a także jakiegokolwiek ośrodka rehabilitacyjnego lub rekonwalescencyjnego, czy też szpitala uzdrowskiego bądź szpitala rehabilitacyjnego; w rozumieniu niniejszych Warunków Dodatkowych szpitalem nie są również zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

§ 3.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Zakres ubezpieczenia zostaje rozszerzony o następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
 - śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym,
 - urodzenie dziecka z wrodzoną wadą rozwojową,
 - leczenie szpitalne małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - leczenie szpitalne dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - zwrot kosztów akwizycji zawodowej Ubezpieczonego,
 - czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji,
 - trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - trwale i częściowe inwalidztwo w następstwie nieszczęśliwego wypadku
- Zakres ubezpieczenia może również obejmować Szpitalną Opiekę Zdrowotną SIGNAL IDUNA świadczoną na podstawie:
 - Ogólnych Warunków Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA dla Pakietu Ubezpieczenia „Pełnia Zdrowia Start” zatwierdzonych Uchwałą 34/Z/2011 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 20.09.2011 r.
 - Procedur Medycznych Szpitalnej Opieki Zdrowotnej SIGNAL IDUNA zatwierdzonych Uchwałą Nr 45/Z/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 17.10.2012 r.

- Warunków Szczególnych Ubezpieczenia Szpitalnej Opieki Zdrowotnej SIGNAL IDUNA zatwierdzonych Uchwałą Nr 45/Z/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 17.10.2012 r.

3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej nie może jednocześnie obejmować:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji wraz z trwałą i całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - b) niezdolności Ubezpieczonego do pracy wraz z jednym ze zdarzeń ubezpieczeniowych wyszczególnionych w punkcie a),
 - c) niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wraz z jednym ze zdarzeń ubezpieczeniowych wyszczególnionych w punkcie a),
 - d) trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz trwałego i częściowego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4.

NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK

Skreśla się zapisy § 2. ust. 27. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”. Za nieszczęśliwy wypadek przyjmuje się wyłącznie zdarzenie określone w § 2. niniejszego Aneksu.

§ 5.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zmianie ulegają zapisy § 20. ust. 1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Wypłata świadczenia z tytułu zdarzenia uznanego za śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostaje pomniejszona o wypłacone wcześniej świadczenie w związku z:

- a) *trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,*
lub
- b) *trwałym kalectwem Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku*
lub
- c) *trwałym i częściowym inwalidztwem w następstwie nieszczęśliwego wypadku*
lub
- d) *niezdolnością do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,*
lub
- e) *trwałą i całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku.*

jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku.”

2. Zmianie ulegają zapisy § 20. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Łączna wysokość świadczeń należnych od Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia zdarzenia: śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego kalectwa Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałego i częściowego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w następstwie nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wysokości świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenia te wynikały z tego samego nieszczęśliwego wypadku.”

§ 6.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

1. Ubezpieczyciel z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku przy pracy wypłaci osobie Uposażonej świadczenie w wysokości wskazanej w Polisie.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, o którym mowa w ust. 1, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku przy pracy i był on bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego.

3. Osoba Uposażona zobowiązana jest zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie następujących dokumentów (w oryginale lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem):
 - a) odpis lub poświadczona kopia aktu zgonu;
 - b) karta statystyczna zgonu lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu lub zajścia zdarzenia;
 - c) dokument stwierdzający tożsamość Uposażonego;
 - d) opis okoliczności wypadku;
 - e) protokół BHP;
 - f) postanowienia o wyniku dochodzenia/ śledztwa, jeżeli było prowadzone postępowanie;
 - g) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia policji);
 - h) orzeczenie ZUS o przyznaniu odszkodowania z tytułu wypadku przy pracy.
4. Ubezpieczyciel zwolniony jest od odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy w przypadku wystąpienia zdarzeń określonych w § 17. ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.
5. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy następuje tylko w razie zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 7.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY W RUCHU LĄDOWYM, WODNYM LUB POWIETRZNYM

1. Ubezpieczyciel z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym wypłaci osobie Uposażonej świadczenie w wysokości wskazanej w Polisie.
2. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym następuje tylko w razie zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy oraz śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, o ile zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.

§ 8.

URODZENIE DZIECKA Z WRODZONĄ WADĄ ROZWOJOWĄ

1. Ochroną Ubezpieczeniową objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe, polegające na urodzeniu się żywego dziecka z wrodzoną wadą rozwojową, które pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty urodzenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do danego dziecka Ubezpieczonego:
 - a) w dniu wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu urodzenia dziecka z wrodzoną wadą rozwojową,
 - b) w dniu 3. urodzin dziecka.
3. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu świadczonej Ochrony Ubezpieczeniowej, jeżeli wrodzona wada rozwojowa powstała na skutek:
 - a) nieprzestrzegania przez matkę zaleceń lekarza w okresie ciąży,
 - b) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) zarażenia dziecka wirusem HIV w okresie zarodkowym lub płodowym.
4. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wrodzoną wadą rozwojową jest przedstawienie wraz z formularzem zgłoszenia roszczenia oryginałów lub kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem następujących dokumentów:
 - a) odpisu aktu urodzenia dziecka;
 - b) specjalistycznej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie wady wrodzonej;
 - c) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego.
5. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w Umowie Ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 6 i 7.

6. Wysokość świadczenia zostanie ustalona w zależności od kategorii wrodzonej wady rozwojowej jaka została zdiagnozowana u dziecka Ubezpieczonego:
 - a) wysokość świadczenia za wady wrodzone kategorii I jest równa kwocie bazowej, wskazanej w dodatkowej Umowie Ubezpieczenia;
 - b) wysokość świadczenia za wady wrodzone kategorii II jest równa 5% kwoty bazowej.
7. Kategorie wrodzonych wad rozwojowych określa Katalog Wrodzonych Wad Rozwojowych.
8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia w odniesieniu do danego dziecka Ubezpieczonego. W razie wystąpienia kilku wad jednocześnie Ubezpieczyciel wypłaca jedno świadczenie. Jeżeli są to wady różnych kategorii wypłacane jest wyższe świadczenie.
9. Wypłata świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka z wrodzoną wadą rozwojową następuje tylko w razie zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wypłaty świadczenia z tytułu urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku.

§ 9.

OSIEROCENIE DZIECKA NA SKUTEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Wypłata świadczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego następuje tylko w razie zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 10.

LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO

1. Skreśla się zapisy § 2. ust. 23. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” i jednocześnie przyjmuje się, iż szpitalem jest zakład opieki zdrowotnej określanej w § 2. niniejszego Aneksu.
2. Obok wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonych w § 17. ust. 3 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” przyjmuje się, iż Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu:
 - a) leczenia chorób bądź schorzeń spowodowanych alkoholem,
 - b) leczenia padaczki i jej następstw,
 - c) leczenia chorób infekcyjnych i zawodowych oraz ich skutków,
 - d) leczenia szpitalnego, gdy Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego związanego z rehabilitacją Ubezpieczonego ograniczona jest wyłącznie do rehabilitacji wymaganej bezpośrednio po przebytej operacji chirurgicznej lub nieszczęśliwym wypadku, jeżeli miały one miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej Umowy Ubezpieczenia.
4. Skreśla się zapisy § 39. ust. 6. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.

§ 11.

LECZENIE SZPITALNE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie szpitalne małżonka Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że leczenie szpitalne rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i trwało nieprzerwanie co najmniej dwa kolejne dni.
2. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego małżonka Ubezpieczonego jest wypłacane Ubezpieczonemu za każdy dzień leczenia szpitalnego małżonka, zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 90 dni leczenia szpitalnego małżonka Ubezpieczonego pomiędzy kolejnymi rocznicami polis.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Leczenie Szpitalne małżonka Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela wymienionych w § 17. ust. 1 pkt 1) - 3) oraz § 17 ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego związanego z rehabilitacją małżonka Ubezpieczonego ograniczona jest wyłącznie do rehabilitacji wymaganej bezpośrednio po przebytej operacji chirurgicznej lub nieszczęśliwym wypadku, jeżeli miały one miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej Umowy Ubezpieczenia.

§ 12.

LECZENIE SZPITALNE DZIECKA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie szpitalne dziecka Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, pod warunkiem, że leczenie szpitalne rozpoczęło się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i trwało nieprzerwanie co najmniej dwa kolejne dni.
2. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego jest wypłacane Ubezpieczonemu za każdy dzień leczenia szpitalnego dziecka, zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 90 dni leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego pomiędzy kolejnymi rocznicami polis.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Leczenie Szpitalne dziecka Ubezpieczonego nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela wymienionych w § 17. ust. 1 pkt 1) - 3) oraz § 17 ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.
5. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że dziecko nie ukończyło 18 roku życia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu leczenia szpitalnego związanego z rehabilitacją dziecka Ubezpieczonego ograniczona jest wyłącznie do rehabilitacji wymaganej bezpośrednio po przebytej operacji chirurgicznej lub nieszczęśliwym wypadku, jeżeli miały one miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zawartej Umowy Ubezpieczenia.

§ 13.

ZWROT KOSZTÓW AKWIZYCJI ZAWODOWEJ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczyciel, po przedstawieniu stosownych rachunków oraz przedstawieniu przez Ubezpieczonego orzeczenia stwierdzającego celowość przekwalifikowania zawodowego, refunduje koszty akwizycji zawodowej poniesione przez Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokość łącznego odszkodowania z tytułu akwizycji zawodowej nie może przekroczyć rzeczywistych kosztów i wydatków przeznaczonych na ten cel.
3. Maksymalne koszty akwizycji zawodowej, podlegające refundacji określone są w Polisie.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - a) następstwa chorób zawodowych oraz wszelkich stanów chorobowych Ubezpieczonego,
 - b) uszczerbków na zdrowiu spowodowanych środkami leczniczymi bądź zabiegami wykonanymi lub zleconymi do wykonania przez Ubezpieczonego na jego organizmie (w tym operacje kosmetyczne) oraz na skutek przeprowadzonych badań klinicznych,
 - c) uszczerbków na zdrowiu spowodowanych bezpośrednio lub pośrednio energią jądrową lub promieniowaniem radioaktywnym.
5. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości łącznego odszkodowania z tytułu akwizycji zawodowej.
7. Ubezpieczyciel zwolniony jest od odpowiedzialności z tytułu zwrotu kosztów akwizycji zawodowej Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia zdarzeń określonych w § 17. ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.

§ 14.

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy na podstawie przedstawionych przez Ubezpieczonego dokumentów poświadczających fakt zaistnienia tej niezdolności.
2. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest wypłacane za okres od 31 dnia niezdolności, pod warunkiem że okres czasowej niezdolności do pracy rozpoczął się po rozpoczęciu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest najdłużej za 90 dni w ciągu każdego rocznego okresu ubezpieczenia, liczonego od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową lub rocznicy tej daty.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpi przed upływem 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

5. Świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy nie jest należne, jeżeli Ubezpieczony w okresie tej niezdolności zmarł. Jeżeli świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy zostało przyznane i wypłacone przed uzyskaniem przez Ubezpieczyciela informacji o zgonie Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę wcześniej wypłaconego świadczenia.
 6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest jednorazowo po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
 7. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nie jest objęta czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego z powodu:
 - a) wyczynowego uprawiania sportu lub udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
 - b) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
 - c) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu przestępstwa z winy umyślnej,
 - d) popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
 - e) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - f) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - g) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenia jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - h) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki, żołądka, przełyku lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,
 - i) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub niezleconego przez lekarza użycia leków bądź narkotyków,
 - j) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej,
 - k) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV lub pochodnymi,
 - l) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych (w tym alkoholu) bądź choroby układu nerwowego,
 - m) obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem,
 - n) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,
 - o) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego nie posiadającego ważnych badań technicznych,
 - p) wad wrodzonych lub ich następstw,
 - q) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi.
 8. Zgłaszając wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczony składa do Ubezpieczyciela:
 - a) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia wraz z poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopią ważnego dokumentu tożsamości;
 - b) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/ policji/ prokuratury) jeżeli czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - c) kserokopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przebieg leczenia wraz z datą jego zakończenia;
 - d) kopię zwolnień lekarskich (druk ZUS ZLA) będących potwierdzeniem orzeczonego przez lekarza okresów czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia, na wniosek Ubezpieczyciela.
 9. Ubezpieczyciel zwolniony jest od odpowiedzialności z tytułu czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku na zasadach określonych w § 17. ust. 1 pkt 1) - 3) oraz § 17. ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji, jeśli niezdolność ta wystąpiła po upływie 180 dni, licząc od daty zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego, Ubezpieczony doznał Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyliczających odpowiedzialność Ubezpieczyciela wymienionych w § 17. ust. 1 pkt. 1) - 3) oraz § 17 ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.
 4. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego, w trakcie okresu Ochrony Ubezpieczeniowej, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Polisie.
 5. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) formularza zgłoszenia roszczenia,
 - b) poświadczoną za zgodność z oryginałem kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby Ubezpieczonej,
 - c) opisu okoliczności wypadku - jeśli przyczyną Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji był Nieszczęśliwy Wypadek,
 - d) pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki, leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji Ubezpieczonego po zaistniałym wypadku (jeśli zakończył się w całości proces leczenia i rehabilitacji),
 - e) zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji (jeśli zakończył się w całości proces leczenia i rehabilitacji),
 - f) notatki policyjnej - w przypadku zawiadomienia policji,
 - g) prawo jazdy Ubezpieczonego i dowód rejestracyjny prowadzonego przez niego w wypadku pojazdu - w przypadku uczestnictwa Ubezpieczonego w wypadku, gdzie Ubezpieczony był kierowcą jakiegokolwiek pojazdu,
 - h) orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie - jeżeli prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo,
 - i) protokół powypadkowy - w przypadku wypadku w pracy lub podczas wykonywania codziennych obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - j) dokument potwierdzający stan trzeźwości Ubezpieczonego, a jeśli nie badano - oświadczenie Ubezpieczonego o stanie trzeźwości w chwili wypadku,
 6. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest dołączenie do wniosku o wypłatę świadczenia dokumentów potwierdzających fakt orzeczenia u Ubezpieczonego stanu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji, wydanych przez organ uprawniony do wydawania tego rodzaju orzeczeń.
 7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji, oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub innym badaniom medycznym przez powołanego przez Ubezpieczyciela lekarza - konsultanta (w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi).

§ 16.

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałą i Całkowitą Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, jeśli niezdolność ta nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz wystąpiła nie później niż przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek, w wyniku którego, Ubezpieczony doznał Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wymienionych w § 17. ust. 1 pkt 1) - 3) oraz § 17. ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” wyliczających odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
3. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego, w trakcie okresu Ochrony Ubezpieczeniowej, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w Polisie Sumy Ubezpieczenia.
4. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) oryginału formularza zgłoszenia roszczenia,

§ 15.

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałą i Całkowitą Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji, jeśli niezdolność ta nastąpiła przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

- b) uwierzytelnionej kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby Ubezpieczonej,
 - c) opisu okoliczności wypadku - jeśli przyczyną Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji był Nieszczęśliwy Wypadek,
 - d) pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki, leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji Ubezpieczonego po zaistniałym wypadku (jeśli zakończył się w całości proces leczenia i rehabilitacji),
 - e) zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji (jeśli zakończył się w całości proces leczenia i rehabilitacji),
 - f) notatki policyjnej - w przypadku zawiadomienia policji,
 - g) prawo jazdy Ubezpieczonego (o ile w chwili wypadku Ubezpieczony kierował pojazdem),
 - h) dowód rejestracyjny wraz z ważnymi badaniami technicznymi pojazdu prowadzonego przez Ubezpieczonego w chwili wypadku - w przypadku uczestnictwa Ubezpieczonego wypadku, gdzie Ubezpieczony był kierowcą jakiegokolwiek pojazdu,
 - i) orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie - jeżeli prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo,
 - j) protokół powypadkowy - w przypadku wypadku w pracy lub podczas wykonywania codziennych obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
 - k) dokument potwierdzający stan trzeźwości Ubezpieczonego, a jeśli nie badano - oświadczenie Ubezpieczonego o stanie trzeźwości w chwili wypadku,
5. Warunkiem akceptacji wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego jest dołączenie do wniosku o wypłatę świadczenia dokumentów potwierdzających fakt orzeczenia u Ubezpieczonego stanu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy i Samodzielnej Egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, wydanych przez organ uprawniony do wydawania tego rodzaju orzeczeń.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonej dokumentacji, w tym do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub innym badaniom medycznym przez powołanego przez Ubezpieczyciela lekarza-konsultanta (w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi).

§ 17.

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

1. Zmianie ulegają zapisy § 33. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:
- „Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego przynajmniej jednego z poważnych zachorowań wchodzących w skład wybranego katalogu poważnych zachorowań:*

Katalog podstawowy obejmuje następujące rodzaje zachorowań:

- 1) nowotwór,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) niewydolność nerek,
- 5) przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C,
- 6) piorunujące zapalenie wątroby,
- 7) zakażenie wirusem HIV,
- 8) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 9) przeszczep narządu,
- 10) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
- 11) operacja zastawek serca,
- 12) chirurgiczne leczenie aorty,
- 13) ciężkie oparzenie,
- 14) odmrożenie,
- 15) utrata wzroku,
- 16) utrata mowy,
- 17) zakażenie tężcem,
- 18) wścieklizna,
- 19) choroby tropikalne,
- 20) choroba Heinego-Medina (Poliomyelistis),
- 21) choroba Creutzfeldta-Jakoba,
- 22) choroba Parkinsona,
- 23) choroba Alzheimera,
- 24) anemia aplastyczna.

Katalog rozszerzony obejmuje dodatkowo:

- 25) paraliż,
 - 26) śpiączka,
 - 27) stwardnienie rozsiane,
 - 28) sepsa,
 - 29) gruźlica,
 - 30) pierwotne nadciśnienie płucne,
 - 31) zapalenie mózgu,
 - 32) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych,
 - 33) zgorzel gazowa.”
2. Zmianie ulegają zapisy § 33. ust. 3. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego w dniu, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia, zostaje ograniczona do następujących rodzajów zachorowań: przeszczep narządu, niewydolność nerek, odmrożenia i ciężkie oparzenie.”

§ 18.

POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO

1. Zmianie ulegają zapisy § 34. ust. 3. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u małżonka Ubezpieczonego przynajmniej jednego z poważnych zachorowań wchodzących w skład określonego poniżej katalogu poważnych zachorowań.

- 1) nowotwór,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) niewydolność nerek,
- 5) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 6) przeszczep narządu,
- 7) utrata wzroku,
- 8) utrata mowy,
- 9) ciężkie oparzenie,
- 10) zakażenie wirusem HIV,
- 11) paraliż,
- 12) leczenie chorób naczyń wieńcowych,
- 13) operacja zastawek serca,
- 14) chirurgiczne leczenie aorty,
- 15) choroby tropikalne,
- 16) śpiączka,
- 17) piorunujące zapalenie wątroby,
- 18) przewlekłe zapalenie wątroby typu B i C,
- 19) anemia aplastyczna,
- 20) choroba Alzheimera.”

§ 19.

POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA UBEZPIECZONEGO

1. Zmianie ulegają zapisy § 35. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u dziecka Ubezpieczonego, które ukończyło 1 a nie ukończyło 18 roku życia, przynajmniej jednego z podanych poniżej poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 4) przeszczep narządu,
- 5) utrata wzroku,
- 6) utrata mowy,
- 7) ciężkie oparzenie,
- 8) niewydolność wątroby - krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i w wodobrzuszu, trwająca co najmniej sześć miesięcy,
- 9) cukrzyca - cukrzyca nabyta insulinowo zależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwająca co najmniej trzy miesiące,

- 10) śpiączka - stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych, trwający co najmniej 96 godzin oraz pozostawiający trwałe ubytki neurologiczne,
- 11) paraliż,
- 12) zapalenie mózgu,
- 13) dystrofia mięśniowa,
- 14) łagodny guz mózgu,
- 15) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych."

§ 20.

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zmianie ulegają zapisy § 27. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze uprawnieni przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że procent trwałego uszczerbku na zdrowiu jest orzekany na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”, obowiązującej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.”

2. Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie, jeśli orzeczony stopień trwałego uszczerbku przekracza 5% (franszyza integralna).
3. Na wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel może określić wysokość franszyzy integralnej innej niż wskazana w ust. 2 (rozumianej jako procent orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku, do wysokości którego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności). Świadczenie wypłacane będzie po przekroczeniu wskazanego procentu franszyzy integralnej.
4. Jeżeli wskutek Nieszczęśliwego Wypadku została upośledzona większa liczba narządów lub funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
5. Jeżeli jedną z przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego było przeciążenie, przy orzekaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczyciel dokona wnikliwej analizy wywiadu medycznego i stanu zdrowia Ubezpieczonego przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, i ustali procent trwałego uszczerbku na zdrowiu adekwatny do stanu zdrowia przed urazem oraz do czynnika sprawczego i mechanizmu zdarzenia.
6. Jeżeli wskutek 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 wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
8. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć wraz z formularzem zgłoszenia roszczenia odpowiednie dokumenty (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem), zawierające w szczególności:
 - a) opis okoliczności wypadku,
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - d) protokół BHP - jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - e) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - f) postanowienie o umorzeniu dochodzenia/śledztwa - jeżeli było prowadzone postępowanie,
 - g) notatka policyjna - w przypadku zawiadomienia policji.
 - h) lista placówek medycznych, w których Ubezpieczony korzystał z usług medycznych.
9. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub z tytułu trwałego kalectwa albo trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź trwałego i częściowego inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w wysokości największej z kwot.

§ 21.

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

Zmianie ulegają zapisy § 32. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze uprawnieni przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że procent trwałego uszczerbku na zdrowiu jest orzekany na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, stanowiącej załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”, obowiązującej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.”

§ 22.

TRWAŁE I CZĘŚCIOWE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Z tytułu trwałego i częściowego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w umowie ubezpieczenia świadczenia za każdy procent stwierdzonego stopnia inwalidztwa.
2. Wystąpienie trwałego i częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze uprawnieni przez Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że stopień inwalidztwa jest orzekany na podstawie Tabeli Norm Oceny Procentowej Trwałego i Częściowego Inwalidztwa w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, obowiązującej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, stanowiącej załącznik do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”. Koszt powołania komisji lekarskiej ponosi Ubezpieczyciel.
3. Orzeczenia komisji lekarskiej mogą być weryfikowane przez Głównego Lekarza Konsultanta SIGNAL IDUNA Życie TU SA.
4. Procent trwałego i częściowego inwalidztwa powinien zostać ustalony po zakończeniu leczenia i rehabilitacji.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego i częściowego inwalidztwa.
6. Z tytułu jednego nieszczęśliwego wypadku może zostać orzeczone maksymalnie 100% trwałego i częściowego inwalidztwa.
7. Jeżeli trwałym i częściowym inwalidztwem dotknięty został organ, narząd lub układ, których funkcje wcześniej już były upośledzone, procent trwałego i częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę pomiędzy stanem istniejącym bezpośrednio przed nieszczęśliwym wypadkiem, a stanem po nieszczęśliwym wypadku.
8. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli wcześniej nie leczone trwałe i częściowe inwalidztwo ujawniło się po upływie sześciu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
9. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Trwałe i Częściowe Inwalidztwo w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela wymienionych w § 17. ust. 1 pkt 1) - 3) oraz § 17 ust. 2 lit. a. - j. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”.
10. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć wraz z formularzem zgłoszenia roszczenia odpowiednie dokumenty (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem), zawierające w szczególności:
 - a) opis okoliczności wypadku,
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - c) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem),
 - d) protokół BHP - jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy,
 - e) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - f) postanowienie o umorzeniu dochodzenia/śledztwa - jeżeli było prowadzone postępowanie,
 - g) notatka policyjna - w przypadku zawiadomienia policji.
 - h) lista placówek medycznych, w których Ubezpieczony korzystał z usług medycznych.
11. Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub z tytułu trwałego kalectwa albo trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź trwałego i częściowego inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w wysokości największej z kwot.

§ 23.

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Zmianie ulegają zapisy § 30. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„W przypadku, gdy niezdolność do pracy, w związku z którą Ubezpieczony występuje z roszczeniem o wypłatę świadczenia wynika z fizycznej utraty lub utraty władzy nad narządem Ubezpieczonego, za który zostało wcześniej wypłacone świadczenie z tytułu trwałego kalectwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu lub trwałego i częściowego inwalidztwa, Ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o kwotę wypłaconą tytułem trwałego kalectwa lub tytułem trwałego uszczerbku na zdrowiu lub tytułem trwałego i częściowego inwalidztwa.”

2. Zmianie ulegają zapisy § 30. ust. 3. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Jeżeli Ubezpieczony jest uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub z tytułu trwałego kalectwa albo trwałego uszczerbku na zdrowiu bądź trwałego i częściowego inwalidztwa, Ubezpieczyciel wypłaca wyłącznie jedno świadczenie w wysokości największej z kwot.”

§ 24.

OPERACJE CHIRURGICZNE

1. Zmianie ulegają zapisy § 39. ust. 4. pkt. 2 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„operacja chirurgiczna - w przypadku wykonania u Ubezpieczonego w następstwie choroby lub nieszczęśliwego wypadku jakiegokolwiek operacji chirurgicznej objętej zakresem ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiadającej kategorii wykonanej operacji chirurgicznej, zgodnie z poniższą tabelą:

Kategoria operacji chirurgicznej	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
I	100
II	75
III	50
IV	25
V	10

Kategorie poszczególnych operacji chirurgicznych określa **Tabela Operacji Chirurgicznych.**”

2. Świadczenie z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej zostanie wypłacone tylko w przypadku nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do otrzymania świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego.
3. Wypłata świadczenia z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej następuje tylko i wyłącznie w przypadku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego spowodowanego tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Jeżeli nie później niż w ciągu 30 dni od daty przeprowadzenia u Ubezpieczonego jednej z operacji oznaczonej w Tabeli Operacji Chirurgicznych zostanie przeprowadzona kolejna operacja chirurgiczna oznaczona tym samym kodem, spowodowana tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą Chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych operacji.
5. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna operacja chirurgiczna spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem lub tą samą chorobą, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną Operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z tabelą zawartą w ust. 1.
6. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu operacji chirurgicznych Ubezpieczonego w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 100% określonej w Polisie Sumy Ubezpieczenia przypadającej dla ryzyka Operacji chirurgicznej, obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z operacji chirurgicznej.
7. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- c) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- d) raportu policyjnego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Operacja chirurgiczna była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem,
- e) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

§ 25.

OPERACJE CHIRURGICZNE SPowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem

1. Na wniosek Ubezpieczającego zakresem ochrony ubezpieczeniowej mogą zostać objęte operacje chirurgiczne będące wyłącznie następstwem nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa w ramach ryzyka operacji chirurgicznej spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem świadczona jest zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych z ograniczeniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłącznie do następstw nieszczęśliwych wypadków.
2. Wypłata świadczenia z tytułu przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem następuje tylko i wyłącznie w przypadku zaakceptowania przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego spowodowanego tym samym nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Jeżeli nie później niż w ciągu 30 dni od daty przeprowadzenia u Ubezpieczonego jednej z operacji oznaczonej w Tabeli Operacji Chirurgicznych zostanie przeprowadzona kolejna operacja chirurgiczna oznaczona tym samym kodem, spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyłącznie za jedną z tych operacji.
4. Jeżeli w ciągu jednego dnia pobytu w szpitalu zostanie przeprowadzona więcej niż jedna operacja chirurgiczna spowodowana tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie tylko za jedną operację należącą do najwyższej kategorii, zgodnie z zawartą w § 24. ust. 1 tabelą.
5. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu operacji chirurgicznych w ciągu jednego roku polisowego nie może przekroczyć 100% określonej w Polisie Sumy Ubezpieczenia przypadającej dla ryzyka Operacji chirurgicznej spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, obowiązującej w dniu przeprowadzania ostatniej z operacji chirurgicznej.
6. Podstawą wypłaty świadczenia jest przedstawienie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - f) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - g) dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - h) karty informacyjnej leczenia szpitalnego z wpisaną przyczyną przeprowadzenia operacji chirurgicznej,
 - i) raportu policyjnego, protokołu powypadkowego lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - j) innych dokumentów, w tym dokumentów medycznych możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, dotyczących zajścia zdarzenia oraz niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia.

§ 26.

KARENCA

1. Zmianie ulegają zapisy § 15. ust. 1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„W okresie pierwszych 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem poniższych okresów karencji:

 - a) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, poważnego zachorowania małżonka, poważnego zachorowania dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - b) w przypadku leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 3 miesięcy.”
2. Zmianie ulegają zapisy § 15. ust. 2. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną po upływie 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub zatrudnienia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, z zastosowaniem poniższych okresów karencji:

 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Współubezpieczonego, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,

- b) w przypadku urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, urodzenia dziecka z wrodzoną wadą rozwojową - karencja trwa przez okres 10 miesięcy,
 - c) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, poważnego zachorowania małżonka, poważnego zachorowania dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - d) w przypadku leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 3 miesięcy."
3. Okresy karencji, o których mowa w ust. 2. stosuje się także w przypadku podwyższenia poszczególnych sum ubezpieczenia w trakcie roku polisowego. W takim przypadku karencją objęta jest nadwyżka nowej sumy ubezpieczenia ponad dotychczasową sumę ubezpieczenia.
4. Postanowien ust. 1. i ust. 2. niniejszego Aneksu nie stosuje się do osób ubezpieczonych nie będących pracownikami Ubezpieczającego. W takim przypadku Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem następujących okresów karencji:
- a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci Współubezpieczonego, osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego - karencja trwa przez okres 6 miesięcy,
 - b) w przypadku urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, urodzenia dziecka z wrodzoną wadą rozwojową - karencja trwa przez okres 10 miesięcy,
 - c) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego, poważnego zachorowania małżonka, poważnego zachorowania dziecka - karencja trwa przez okres 3 miesięcy,
 - d) w przypadku leczenia szpitalnego Ubezpieczonego nie spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - karencja trwa przez okres 3 miesięcy.
5. W stosunku do osób wymienionych w ust. 4 zapisy § 15 ust. 4 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” nie mają zastosowania.

§ 27.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Zmianie ulegają zapisy § 15. ust. 3. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony popełni samobójstwo w okresie dwóch lat od dnia przystąpienia do niniejszej Umowy Ubezpieczenia.”

§ 28.

PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

Zmianie ulegają zapisy § 53. ust. 4. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Ubezpieczyciela w związku z umową ubezpieczenia, powinny być dokonywane na piśmie. Ubezpieczyciel przesyła wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w formie pisemnej na ostatni znany adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Jeżeli Ubezpieczyciel zmienił adres lub siedzibę i nie zawiadomił o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych, przyjmuje się, że Ubezpieczający i Ubezpieczeni dopełnili swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany im adres siedziby Ubezpieczyciela.”

§ 29.

KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

1. Zmianie ulegają zapisy § 16. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” otrzymując następujące brzmienie:

„1. Ubezpieczony, który w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia był objęty przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową przez okres co najmniej 6 miesięcy i przestał spełniać warunki do uznania go za związanego z Ubezpieczającym, może zawrzeć umowę kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie na warunkach zaproponowanych mu przez Ubezpieczyciela.

2. Warunkiem zawarcia umowy kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie jest złożenie wniosku o jej zawarcie nie później niż w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia.”

§ 30.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela formularza zgłoszenia roszczenia, dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej/ uposażonej oraz następujących dokumentów:

- a) w przypadku roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego:
 - odpis skróconego aktu zgonu,
 - karta statystyczna do karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu i/lub inna dokumentacja medyczna (np. karta leczenia szpitalnego) potwierdzająca przyczynę zgonu,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca iż zgon nastąpił w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (w przypadku roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu),
 - dokument wskazujący osoby Uposażone,
- b) w przypadku roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca roszczenie, prócz dokumentów wymienionych w ust. 1. zobowiązana jest przedstawić:
 - notatkę policyjną w przypadku zawiadomienia policji,
 - orzeczenie kończące w sprawie w przypadku, gdy prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo
 - kserokopia prawa jazdy, kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu (w przypadku roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym),
 - wyciąg lub kopia protokołu z sekcji zwłok (o ile przeprowadzono)
 - wynik badania na zawartość alkoholu we krwi (o ile badano),
 - protokół powypadkowy (w przypadku roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy),
- c) w przypadku roszczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, trwałego i częściowego inwalidztwa, trwałego kalectwa, niezdolności do pracy lub niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji:
 - dokumentację medyczną opisującą przebieg leczenia oraz potwierdzającą jego zakończenie,
 - notatkę policyjną w przypadku zawiadomienia policji,
 - orzeczenie kończące w sprawie w przypadku, gdy prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo
 - kserokopia prawa jazdy, kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu (w przypadku, gdy Ubezpieczony uczestniczył w wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym jako kierowca),
 - wynik badania na zawartość alkoholu we krwi (o ile badano),
 - protokół powypadkowy (w przypadku gdy zdarzenie miało miejsce w czasie pracy lub wykonywania codziennych obowiązków służbowych),
 - dokument potwierdzający niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji wydany przez organ do tego upoważniony (w przypadku roszczenia z tytułu niezdolności do pracy lub niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji),
- d) w przypadku roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego/ małżonka Ubezpieczonego/ dziecka Ubezpieczonego:
 - dokumentację medyczną opisującą przebieg leczenia,
 - odpis skrócony aktu małżeństwa (w przypadku roszczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka Ubezpieczonego),
 - odpis skrócony aktu urodzenia (w przypadku roszczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka Ubezpieczonego),
- e) w przypadku roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego Ubezpieczonego/ małżonka Ubezpieczonego/ dziecka Ubezpieczonego:
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego (hospitalizacja, operacja, rekonwalescencja),
 - skierowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia (w przypadku roszczenia z tytułu pobytu w sanatorium),
 - karta informacyjna leczenia szpitalnego uwzględniająca okres pobytu na OIOM (z datą przyjęcia i wypisu),
 - dokumentację medyczną opisującą przebieg leczenia,
 - odpis skrócony aktu małżeństwa wraz z oświadczeniem o pozostawaniu przez Ubezpieczonego w związku małżeńskim (w przypadku roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego małżonka Ubezpieczonego),
 - odpis skrócony aktu urodzenia (w przypadku roszczenia z tytułu leczenia szpitalnego dziecka Ubezpieczonego),
 - notatkę policyjną w przypadku zawiadomienia policji,
 - orzeczenie kończące w sprawie w przypadku, gdy prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo,
 - kserokopia prawa jazdy, kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu (w przypadku, gdy Ubezpieczony uczestniczył w wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym jako kierowca),

- wynik badania na zawartość alkoholu we krwi (o ile badano),
 - protokół powypadkowy (w przypadku gdy zdarzenie miało miejsce w czasie pracy lub wykonywania codziennych obowiązków służbowych),
- f) w przypadku roszczenia z tytułu osierocenia dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego, osoba zgłaszająca roszczenie, prócz dokumentów wymienionych w ust. 1. lub 2. (o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku) zobowiązana jest przedstawić:
- dokument stwierdzający tożsamość Uprawnionego lub opiekuna prawnego dziecka Ubezpieczonego (w przypadku, gdy Uprawniony jest niepełnoletni),
 - skrócony odpis aktu urodzenia każdego z dzieci Ubezpieczonego,
- g) w przypadku roszczenia z tytułu urodzenia dziecka, urodzenia martwego dziecka, urodzenia dziecka z wrodzoną wadą rozwojową:
- odpis skrócony aktu urodzenia,
 - odpis skrócony aktu urodzenia z adnotacją sporządzoną przez pracownika Urzędu Stanu Cywilnego, poświadczającą fakt, iż dziecko urodziło się martwe (w przypadku roszczenia z tytułu urodzenia martwego dziecka),
 - specjalistycznej dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie wady wrodzonej (w przypadku roszczenia z tytułu urodzenia dziecka z wrodzoną wadą rozwojową),
- h) w przypadku roszczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego:
- odpis skrócony aktu zgonu rodzica/ teścia Ubezpieczonego,
 - karta statystyczna do karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu i/lub inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu,
 - dokumenty niezbędne do określenia pokrewieństwa, np.: odpis zupełny aktu urodzenia Ubezpieczonego, akt małżeństwa, postanowienie sądu w sprawie przysposobienia Ubezpieczonego,
 - oświadczenie o pozostawaniu w związku małżeńskim (w przypadku roszczenia z tytułu śmierci teścia Ubezpieczonego),
 - oświadczenie o nie zawarciu kolejnego związku małżeńskiego (w przypadku roszczenia z tytułu śmierci teścia Ubezpieczonego, gdy małżonek Ubezpieczonego zmarł przed datą śmierci teścia),
- i) w przypadku roszczenia z tytułu śmierci dziecka lub śmierci dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
- odpis skrócony aktu urodzenia lub inne dokumenty niezbędne do określenia pokrewieństwa bądź powinowactwa, np.: dokument sądowy przysposobienia dziecka, o ile miało miejsce
 - odpis skrócony aktu zgonu dziecka Ubezpieczonego,
 - karta statystyczna do karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu i/lub inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu
- j) w przypadku roszczenia z tytułu śmierci małżonka lub śmierci małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
- odpis skrócony aktu małżeństwa wraz z oświadczeniem o pozostawaniu przez Ubezpieczonego w związku małżeńskim,
 - odpis skrócony aktu zgonu małżonka Ubezpieczonego,
 - karta statystyczna do karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu i/lub inna dokumentacja medyczna potwierdzająca przyczynę zgonu,
- k) w przypadku roszczenia z tytułu zwrotu kosztów akwizycji zawodowej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
- dokumenty poświadczające zatrudnienie oraz zawód wykonywany przez Ubezpieczonego przed datą nieszczęśliwego wypadku,
 - nie starsze niż 6 miesięcy orzeczenie o niezdolności do pracy (o ile okres czasu na jaki renta szkoleniowa została pierwotnie przyznana nie uległ późniejszemu wydłużeniu),
 - orzeczenie lekarza orzecznika stwierdzające celowość przekwalifikowania zawodowego,
 - dokumenty poświadczające przebyte kursy przeszkolenia zawodowego, w tym rachunki i faktury określające poniesione w związku z tym koszty,
2. Ubezpieczyciel prócz dokumentów wyszczególnionych w ust. 1 pkt. a) - j) ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów potwierdzających zasadność zgłaszanego roszczenia.
 3. Wszelkie dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem.
 4. W przypadkach, w których prowadzone było postępowanie karne, a którego wynik może mieć wpływ na uznanie przez Ubezpieczyciela zgłoszonego roszczenia lub wypłatę świadczenia, zgłaszający roszczenie zobowiązany jest załączyć postanowienie lub wyrok sądu wraz z uzasadnieniem.

§ 31.

KATALOG WRODZONYCH WAD ROZWOJOWYCH

KATEGORIA I	
Q00	bezmózgowie i podobne wady rozwojowe
Q02	małogłowia
Q03	wodogłowia
Q04	inne wrodzone wady rozwojowe mózgu
Q05	rozszerzenie kręgosłupa
Q06	inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego
Q11	bezocze, małoocze i wielkooocze
Q16	wady ucha powodujące upośledzenie słuchu
Q20	serce - wady jam i połączeń
Q21	serce - wady przegrod
Q22	serce - wady zastawki pnia płucnego i trójdzielnej
Q23	serce - wady zastawki aorty i dwudzielnej
Q25	układ naczyniowy - duże tętnice - wady
Q37	rozszerzenie wargi i podniebienia
Q39	wady przełyku
Q41	jelito cienkie - brak, zarośnięcie, zwężenie
Q42	jelito grube - brak, zarośnięcie, zwężenie
Q60	nerki - agenezja i niedorozwój miąższu
Q65	zniekształcenia stawu biodrowego
Q71	zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
Q72	zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
Q73	zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
Q77	osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długiej i kręgosłupa
Q90	zespół Downa
Q91	zespół Edwardsa i Pataua
KATEGORIA II	
Q07	inne wady układu nerwowego,
Q10	oko - wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu,
Q12	wrodzone wady rozwojowe soczewki,
Q13	oko - wady przedniego odcinka oka,
Q14	oko - wady tylnego odcinka,
Q15	inne wady oka,
Q17	inne wady ucha,
Q18	inne wady twarzy i szyi,
Q24	serce - wady pozostałe,
Q26	układ naczyniowy - wady dużych żył,
Q27	inne wady obwodowego układu naczyniowego,
Q28	inne wady układu krążenia,
Q30	wady nosa,
Q31	wady krtani,
Q32	wady tchawicy i oskrzeli,
Q33	wady płuc,
Q34	inne wady układu oddechowego,
Q35	rozszerzenie podniebienia,
Q36	rozszerzenie wargi,
Q38	wady języka, jamy ustnej, gardzieli,
Q40	inne wady górnego odcinka przewodu pokarmowego,
Q43	inne wady wrodzone jelit,

Q44	wady wątroby, p. żółciowego i pp. żółciowych,
Q45	inne wady przewodu pokarmowego,
Q50	wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy,
Q51	wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy,
Q52	inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich,
Q53	niezstąpienie jąder,
Q54	spodziectwo,
Q55	inne wady wrodzone narządów płciowych męskich,
Q56	narządy płciowe obojnacze,
Q61	wielotorbielowatość nerek,
Q62	wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu,
Q63	inne wady nerek,
Q64	inne wady układu moczowego,
Q66	zniekształcenia stopy,
Q67	zniekształcenia czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej,
Q68	inne zniekształcenia mięśniowo-kostne,
Q69	palce dodatkowe,
Q70	zrost palców,
Q74	inne wady kończyn,
Q75	inne określone wady kości czaszki i twarzy,
Q76	wady klatki piersiowej i żeber,
Q78	inne osteochondrodysplazje,
Q79	wady układu mięśniowo-szkieletowego niesklasyfikowane gdzie indziej,
Q80	wrodzona rybia łuska,
Q81	pęcherzowe oddzielanie naskórka,
Q82	inne wady skóry,
Q83	wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
Q84	inne wady powłok ciała,
Q85	fakomatozy,
Q86	zespoły spowodowane czynnikami zewnętrznymi,
Q87	zespoły związane głównie z niskim wzrostem,
Q89	wady mnogie
Q92	inne trisomie i częściowe trisomie autosomów,
Q93	monosomie i delecje autosomów,
Q95	zrównoważone translokacje,
Q96	zespół Turnera,
Q97	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim,
Q98	inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim,
Q99	inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej.

§ 32.

TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

TKANKA MÓZGOWA		
A.1	rozległe wycięcie tkanki mózgowej	kategoria I
A.2	wycięcie zmiany w tkance mózgowej	kategoria I
A.3	stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	kategoria I
A.4	drenaż zmiany w tkance mózgowej	kategoria II
A.5	neurostymulacja mózgu	kategoria II
KOMORY MÓZGOWE I PRZESTRZEŃ PODPAJĘCZYNÓWKOWA		
A.6	wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	kategoria III
A.7	rewizja wentrykulostomii	kategoria III
A.8	zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	kategoria II
NERWY CZASZKOWE		
A.9	przeszczep nerwów czaszkowych	kategoria I
A.10	wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	kategoria I
A.11	pozaczaszkowe wycięcie nerwu czaszkowego	kategoria II
A.12	wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	kategoria I
A.13	operacja naprawcza nerwu czaszkowego	kategoria I
A.14	wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	kategoria II
A.15	neurostymulacja nerwu czaszkowego	kategoria III
OPONY MÓZGOWE		
A.16	wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	kategoria I
A.17	operacja naprawcza opony twardej	kategoria I
A.18	drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	kategoria I
A.19	drenaż przestrzeni podoponowej	kategoria I
A.20	operacje krwiaka nad- i podoponowego	kategoria II
RDZEŃ KRĘGOWY I INNE STRUKTURY KANAŁU KRĘGOWEGO		
A.21	częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	kategoria I
A.22	operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	kategoria I
NERWY OBWODOWE		
A.23	wycięcie nerwu obwodowego	kategoria IV
A.24	zniszczenie nerwu obwodowego	kategoria IV
A.25	wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	kategoria IV
A.26	mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	kategoria III
INNE CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO		
A.27	wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	kategoria III
PRZYSADKA I SZYSZYŃKA		
B.1	wycięcie przysadki	kategoria I
B.2	zniszczenie przysadki	kategoria II
B.3	wycięcie zmiany w obrębie przysadki	kategoria II
B.4	operacje szyszynki	kategoria I
TARCZYCA I PRZYTARCZYCE		
B.5	całkowite lub częściowe wycięcie tarczycy	kategoria III
B.6	operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	kategoria II
B.7	operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	kategoria III
B.8	wycięcie przytarczyc(y)	kategoria II

INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO		
B.9	wycięcie grasicy	kategoria III
B.10	wycięcie nadnercza(y)	kategoria III
B.11	operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	kategoria III
SUTEK		
B.12	całkowita amputacja sutka	kategoria III
B.13	operacje rekonstrukcyjne sutka	kategoria I
B.14	operacje na przewodach mlekośnych sutka	kategoria IV
B.15	operacje brodawki sutkowej	kategoria IV
OCZODÓŁ		
C.1	usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	kategoria III
C.2	wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	kategoria III
C.3	wszczepienie protezy oka	kategoria IV
C.4	rewizja protezy oka	kategoria IV
C.5	plastyczna operacja naprawcza oczodołu	kategoria III
C.6	nacięcie oczodołu	kategoria IV
MIĘŚNIE OKA		
C.7	połączone operacje mięśni oka	kategoria III
C.8	cofnięcie mięśnia oka	kategoria IV
C.9	wycięcie mięśnia oka	kategoria IV
C.10	częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	kategoria IV
SPOJÓWKA I ROGÓWKA		
C.11	zeszycie rogówki	kategoria IV
C.12	usunięcie ciała obcego z rogówki	kategoria V
C.13	nacięcie rogówki	kategoria IV
TWARDÓWKA I TĘCZÓWKA		
C.14	wycięcie zmiany w obrębie twardówki	kategoria IV
C.15	operacje odklejającej się siatkówki z założeniem plombi lub opaski nadtwardówkowej	kategoria III
C.16	nacięcie twardówki	kategoria IV
C.17	wycięcie tęczówki	kategoria IV
C.18	operacje filtrujące tęczówki	kategoria III
C.19	nacięcie tęczówki	kategoria IV
KOMORA PRZEDNIA GAŁKI OCZNEJ I SOCZEWKA		
C.20	wycięcie ciała rzęskowego	kategoria IV
C.21	zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	kategoria IV
C.22	wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	kategoria IV
C.23	nacięcie torebki soczewki	kategoria V
SIATKÓWKA I INNE CZĘŚCI OKA		
C.24	operacje ciała szklistego	kategoria III
C.25	odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	kategoria IV
C.26	zniszczenie zmiany siatkówki	kategoria IV
UCHO ZEWNĘTRZNE I PRZEWÓD SŁUCHOWY ZEWNĘTRZNY		
D.1	drenaż ucha zewnętrznego	kategoria V
WYROSTEK SUTKOWATY I UCHO ŚRODKOWE		
D.2	wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	kategoria II
D.3	operacje naprawcze błony bębenkowej	kategoria III
D.4	drenaż ucha środkowego	kategoria V
D.5	rekonstrukcja kosteczek słuchowych	kategoria III
D.6	wycięcie zmiany ucha środkowego	kategoria IV
NOS		
E.1	amputacja (resekcja) nosa	kategoria III
E.2	operacje plastyczne nosa	kategoria III

E.3	operacje przegrody nosa	kategoria V
E.4	operacje małżowiny nosa	kategoria V
E.5	chirurgiczne zatrzymanie krwawienia z jamy nosowej	kategoria IV
E.6	tamponada nosa tylna	kategoria V
E.7	operacje nosa zewnętrznego	kategoria V
ZATOKI PRZYNOSOWE		
E.8	operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	kategoria IV
E.9	operacje zatoki czołowej	kategoria IV
E.10	operacje zatoki klinowej	kategoria IV
E.11	operacje niewyszczęólnionej zatoki przynosowej	kategoria V
GARDŁO		
E.12	wycięcie gardła	
E.13	operacje naprawcze gardła	
KRTAŃ		
E.14	wycięcie krtani	kategoria III
E.15	otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	kategoria III
E.16	odtworzenie krtani	kategoria I
TCHAWICA I OSKRZELA		
E.17	częściowe wycięcie tchawicy	kategoria I
E.18	operacje plastyczne tchawicy	kategoria III
E.19	otwarta implantacja protezy tchawicy	kategoria III
E.20	wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	kategoria IV
E.21	otwarte operacje ostrogi tchawicy	kategoria III
E.22	częściowe wycięcie oskrzela	kategoria III
PŁUCA I ŚRÓDPIERSIE		
E.23	przeszczep płuca	kategoria I
E.24	wycięcie płuca	kategoria I
E.25	otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	kategoria I
E.26	otwarte operacje śródpiersia	kategoria IV
JĘZYK I PODNIEBIENIE		
F.1	wycięcie języka	kategoria III
F.2	wycięcie zmiany w obrębie języka	kategoria V
F.3	nacięcie języka	kategoria V
F.4	wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	kategoria V
F.5	korekcja zniekształcenia podniebienia	kategoria IV
MIGDAŁKI I INNE CZĘŚCI JAMY USTNEJ		
F.6	wycięcie migdałków podniebiennych	kategoria V
F.7	wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	kategoria V
F.8	odtworzenie innej części jamy ustnej	kategoria IV
ŚLINIANKI		
F.9	wycięcie ślinianki	kategoria IV
F.10	wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	kategoria IV
F.11	przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	kategoria IV
F.12	usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	kategoria IV
F.13	podwiązanie przewodu ślinianki	kategoria V
F.14	poszerzenie przewodu ślinianki	kategoria V
PRZEŁYK		
G.1	wycięcie przełyku i żołądka	kategoria I
G.2	całkowite wycięcie przełyku	kategoria I
G.3	częściowe wycięcie przełyku	kategoria III
G.4	otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	kategoria III
G.5	zespolecie omijające przełyku	kategoria II
G.6	rewizja zespolenia przełykowego	kategoria III

G.7	operacja naprawcza przełyku	kategoria I
G.8	wytworzenie przetoki przełykowej	kategoria III
G.9	otwarte operacje żyłaków przełyku	kategoria III
G.10	otwarta implantacja protezy przełyku	kategoria III
ŻOŁĄDEK Z ODŹWIERNIKIEM ORAZ GÓRNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		
G.11	całkowite wycięcie żołądka	kategoria I
G.12	częściowe wycięcie żołądka	kategoria II
G.13	otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	kategoria III
G.14	operacje plastyczne żołądka	kategoria III
G.15	zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	kategoria III
G.16	zespoleńie żołądka z przemieszczonym jelitum czczym	kategoria III
G.17	wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	kategoria III
G.18	operacje wrzodu żołądka	kategoria III
G.19	nacięćie odźwiernika	kategoria III
DWUNASTNICA		
G.20	wycięćie dwunastnicy	kategoria III
G.21	otwarte usunięćie zmiany w obręćie dwunastnicy	kategoria II
G.22	zspoleńie omijające dwunastnicę	kategoria III
G.23	operacje wrzodu dwunastnicy	kategoria III
JELITO CZCZE		
G.24	wycięćie jelita czczego	kategoria III
G.25	wycięćie zmiany w obręćie jelita czczego	kategoria III
G.26	wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	kategoria III
G.27	zspoleńie omijające jelito czcze	kategoria III
JELITO KRĘĆE		
G.28	wycięćie jelita kręćego	kategoria III
G.29	otwarte wycięćie zmiany w obręćie jelita kręćego	kategoria III
G.30	zspoleńie omijające jelito kręće	kategoria III
G.31	rewizja zspoleńia jelita kręćego	kategoria III
G.32	wytworzenie przetoki jelita kręćego (ileostomii)	kategoria III
G.33	operacyjna rewizja przetoki jelita kręćego (ileostomii)	kategoria III
G.34	wewnąćrzbzusne manipulacje na jelicie kręćym	kategoria III
WYROSTEK ROBACZKOWY		
H.1	wycięćie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	kategoria IV
OKRĘŻNICA		
H.2	całkowite wycięćie okręćnicy i odbyćnicy	kategoria I
H.3	całkowite wycięćie okręćnicy	kategoria I
H.4	wycięćie prawej połowy okręćnicy	kategoria II
H.5	wycięćie poprzeczny	kategoria II
H.6	wycięćie lewej połowy okręćnicy	kategoria II
H.7	wycięćie esicy	kategoria II
H.8	operacyjne wycięćie zmiany w obręćie okręćnicy	kategoria III
H.9	zspoleńie omijające okręćnicę	kategoria III
H.10	wyłonienie kąćnicy (cekostomia)	kategoria III
H.11	nacięćie okręćnicy	kategoria III
H.12	wewnąćrzbzusne manipulacje na okręćnicy	kategoria III
ODBYĆNICA		
H.13	wycięćie odbyćnicy	kategoria II
H.14	otwarte wycięćie zmiany w obręćie odbyćnicy	kategoria III
H.15	przezwiarczowe operacje odbyćnicy	kategoria III
H.16	operacje z powodu wypadania odbyćnicy	kategoria III
ODBYĆ I OKOLICA OKOŁO ODBYĆTOWA		
H.17	wycięćie guzów krwawniczych (hemoroidów)	kategoria IV
H.18	wycięćie torbieli włosowej	kategoria IV

WĄTROBA		
I.1	przeszczep wąćroby	kategoria I
I.2	wycięćie płata bądź segmentu wąćroby	kategoria I
I.3	wycięćie zmiany w obręćie wąćroby	kategoria III
I.4	operacja naprawcza wąćroby	kategoria II
I.5	nacięćie wąćroby	kategoria IV
I.6	zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wąćroby	kategoria IV
PĘĆCZERZYK ŻÓŁĆIOWY		
I.7	wycięćie pęćczerzyka żółćiowego	kategoria IV
I.8	zspoleńie pęćczerzyka żółćiowego	kategoria II
I.9	nacięćie pęćczerzyka żółćiowego	kategoria IV
I.10	przeszkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęćczerzyka żółćiowego	kategoria IV
PRZEWODY ŻÓŁĆIOWE		
I.11	wycięćie przewodu żółćiowego	kategoria II
I.12	wycięćie zmiany w obręćie przewodu żółćiowego	kategoria III
I.13	zspoleńie przewodu wąćrobowego	kategoria I
I.14	zspoleńie przewodu żółćiowego wspólnego	kategoria III
I.15	otwarta implantacja protezy przewodu żółćiowego	kategoria III
I.16	operacja naprawcza przewodu żółćiowego	kategoria II
I.17	nacięćie przewodu żółćiowego	kategoria III
I.18	operacja zwieracza Oddiego z dostęću przeddwunastniczego	kategoria III
I.19	przeszkórna rewizja zspoleńia dróg żółćiowych	kategoria IV
I.20	przeszkórna implantacja protezy dróg żółćiowych	kategoria IV
I.21	zabiegi terapeutyczne w obręćie dróg żółćiowych z dostęću przez dren T	kategoria IV
TRZUSTKA		
I.22	przeszczep trzustki	kategoria I
I.23	całkowite wycięćie trzustki	kategoria I
I.24	wycięćie głowy trzustki	kategoria I
I.25	wycięćie zmiany w obręćie trzustki	kategoria III
I.26	zspoleńie przewodu trzustkowego	kategoria II
I.27	otwarty drenaż zmiany w obręćie trzustki	kategoria II
I.28	nacięćie trzustki	kategoria III
I.29	zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	kategoria V
ŚLEDZIONA		
I.30	całkowite wycięćie śledziony	kategoria III
ŚĆIANY, PRZEGRODY I KOMORY SERCA		
J.1	przeszczep serca i płuc	kategoria I
J.2	operacja naprawcza tetralogii Fallota	kategoria I
J.3	wewnąćrzedzisionkowa korekcja przełozenia wielkich naczyń	kategoria I
J.4	korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	kategoria I
J.5	zamknięćie ubyćtku międzyprzedzisionkowego i międzykomorowego	kategoria I
J.6	zamknięćie ubyćtku w przegrodzie międzyprzedzisionkowej	kategoria I
J.7	zamknięćie ubyćtku w przegrodzie międzykomorowej	kategoria I
J.8	zamknięćie ubyćtku w nieokreślonej przegrodzie serca	kategoria I
J.9	operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	kategoria II
J.10	zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	kategoria I
J.11	wytworzenie dróg odpływu z serca	kategoria I
J.12	plastyka przedzisionka serca	kategoria I

ZASTAWKI SERCA I STRUKTURY TOWARZYSZĄCE		
J.13	walwuloplastyka mitralna	kategoria I
J.14	walwuloplastyka aortalna	kategoria I
J.15	plastyka zastawki trójdzielnej	kategoria I
J.16	plastyka zastawki tętnicy płucnej	kategoria I
J.17	plastyka nieokreślonej zastawki serca	kategoria I
J.18	rewizja plastyki zastawki serca	kategoria I
J.19	walwulotomia	kategoria I
J.20	zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	kategoria II
J.21	usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	kategoria I
TĘTNICE WIEŃCOWE		
J.22	pomost aortalno-wieńcowy	kategoria I
J.23	pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	kategoria I
J.24	pomost tętnica piersiowa wewnętrzna - tętnica wieńcowa	kategoria I
J.25	operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	kategoria I
J.26	przeszkórna angioplastyka wieńcowa	kategoria II
INNE CZĘŚCI SERCA I OSIERDZIE		
J.27	otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	kategoria I
J.28	wszczepienie systemu wspomaganie serca	kategoria II
J.29	przez żyłne wprowadzenie systemu rozrusznika serca	kategoria III
J.30	inny system rozrusznika serca	kategoria I
J.31	wycięcie osierdzia	kategoria I
J.32	drenaż osierdzia	kategoria II
J.33	przecięcie osierdzia	kategoria IV
DUŻE NACZYNIA I TĘTNICA PŁUCNA		
K.1	operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	kategoria I
K.2	operacje przetrwałego przewodu tętniczego wykonywane przy otwartym sercu	kategoria I
K.3	zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca z użyciem wstawki naczyniowej	kategoria I
K.4	wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	kategoria I
K.5	wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	kategoria I
K.6	operacja naprawcza tętnicy płucnej	kategoria I
K.7	zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	kategoria II
TĘTNICA GŁÓWNA (AORTA)		
K.8	nieranatomiczne pomostowanie aorty	kategoria I
K.9	wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty	kategoria I
K.10	rewizja protezy aortalnej	kategoria I
K.11	operacja naprawcza aorty	kategoria I
K.12	zabiegi operacyjne aorty, wykonywane od strony światła aorty	kategoria II
TĘTNICA SZYJNA, TĘTNICE MÓZGOWE, TĘTNICA PODOBOJCZYKOWA		
K.13	operacja naprawcza tętnicy szyjnej	kategoria I
K.14	zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	kategoria II

K.15	operacje tętniaka tętnicy mózgowej	kategoria I
K.16	zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	kategoria II
K.17	odtworzenie tętnicy podobojczykowej	kategoria I
K.18	zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	kategoria II
ODGAŁĘZIENIA AORTY BRZUSZNEJ		
K.19	odtworzenie tętnicy nerkowej	kategoria I
K.20	zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	kategoria II
K.21	odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	kategoria I
K.22	zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	kategoria II
TĘTNICA BIODROWA I TĘTNICA UDOWA		
K.23	wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	kategoria I
K.24	odtworzenie tętnicy biodrowej	kategoria I
K.25	zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	kategoria II
K.26	wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	kategoria I
K.27	odtworzenie tętnicy udowej	kategoria I
K.28	zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	kategoria III
INNE TĘTNICE		
K.29	rewizja odtworzonej tętnicy	kategoria II
K.30	wycięcie innej tętnicy	kategoria II
K.31	operacja naprawcza innej tętnicy	kategoria II
K.32	zabiegi terapeutyczne dotyczące innej tętnicy wykonywane od strony światła tej tętnicy	kategoria IV
NERKI		
L.1	całkowite wycięcie nerki	kategoria II
L.2	częściowe wycięcie nerki	kategoria III
L.3	wycięcie zmiany w nerce	kategoria III
L.4	operacja naprawcza nerki	kategoria III
L.5	nacięcie nerki	kategoria III
L.6	zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomie	kategoria III
MOCZOWÓD		
L.7	wycięcie moczowodu	kategoria III
L.8	odprowadzenie moczu przez przetokę	kategoria II
L.9	ponowne wszczepienie moczowodu	kategoria III
L.10	operacja naprawcza moczowodu	kategoria III
L.11	nacięcie moczowodu	kategoria III
L.12	zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	kategoria III
L.13	zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	kategoria IV
L.14	operacje ujścia moczowodu	kategoria IV
PĘCZERZ MOCZOWY		
L.15	całkowite wycięcie pęcherza moczowego	kategoria I
L.16	częściowe wycięcie pęcherza moczowego	kategoria III
L.17	powiększenie pęcherza moczowego	kategoria II
L.18	otwarty drenaż pęcherza moczowego	kategoria IV

OPERACJE DOTYCZĄCE ODPIYU Z PĘCHERZA MOCZOWEGO. GRUCZOŁ KROKOWY (PROSTATA)		
L.19	operacje usprawniające odpływy z pęcherza moczowego wykonywane u kobiet	kategoria III
L.20	wycięcie gruczołu krokowego	kategoria III
CEWKA MOCZOWA I INNE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO		
L.21	wycięcie cewki moczowej	kategoria III
L.22	operacja naprawcza cewki moczowej	kategoria III
L.23	operacje ujścia cewki moczowej	kategoria V
MOSZNA I JĄDRA		
M.1	wycięcie moszny	kategoria IV
M.2	obustronne wycięcie jąder	kategoria III
M.3	wycięcie zmiany w obrębie jądra	kategoria IV
M.4	obustronna implantacja jąder do moszny	kategoria III
M.5	proteza jądra	kategoria IV
M.6	operacja wodniaka jądra	kategoria IV
PRĄCIE I INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE		
M.7	operacje najądrza	kategoria IV
M.8	wycięcie nasieniowodu	kategoria V
M.9	operacja naprawcza powrózka nasiennego	kategoria II
M.10	operacja żyłaków powrózka nasiennego	kategoria IV
M.11	operacje pęcherzyków nasiennych	kategoria III
M.12	operacje krocza u mężczyzn	kategoria V
PRĄCIE I INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE		
M13	amputacja prącia	kategoria III
M14	wycięcie zmiany w obrębie prącia	kategoria IV
M15	operacja plastyczna prącia	kategoria IV
M16	proteza prącia	kategoria V
M17	operacje napletka	kategoria V
SROM I KROCZE KOBIECE		
N.1	operacje łechtaczki	kategoria V
N.2	operacje gruczołów Bartholina	kategoria IV
N.3	wycięcie sromu	kategoria III
N.4	wycięcie zmiany w obrębie sromu	kategoria V
N.5	operacja naprawcza sromu	kategoria V
N.6	wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	kategoria V
POCHWA		
N.7	nacięcie kanału pochwy	kategoria V
N.8	wycięcie pochwy	kategoria V
N.9	uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	kategoria IV
N.10	wycięcie zmiany w obrębie pochwy	kategoria IV
N.11	operacja plastyczna pochwy	kategoria V
N.12	operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	kategoria IV
N.13	operacja naprawcza sklepienia pochwy	kategoria V
N.14	wprowadzenie pesarium do pochwy	kategoria V
N.15	operacje zatoki Douglasa	kategoria V
MACICA		
P.1	amputacja szyjki macicy	kategoria IV
P.2	zniszczenie zmiany w obrębie szyjki macicy	kategoria V
P.3	wycięcie macicy	kategoria III
JAJOWÓD		
P.4	obustronne wycięcie przydatków macicy	kategoria III
P.5	jednostronne wycięcie przydatków macicy	kategoria IV

P.6	częściowe wycięcie jajowodu	kategoria V
P.7	implantacja protezy jajowodu	kategoria V
P.8	otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	kategoria V
P.9	nacięcie jajowodu	kategoria III
P.10	operacje strzępków jajowodu	kategoria V
JAJNIK. WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY		
P.11	częściowe wycięcie jajnika	kategoria V
P.12	zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	kategoria III
P.13	operacja naprawcza jajnika	kategoria V
ŚCIANA KLATKI PIERSIOWEJ, OPŁUCNA I PRZEPONA		
Q.1	częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	kategoria II
Q.2	odtworzenie ściany klatki piersiowej	kategoria II
Q.3	otwarte wycięcie opłucnej	kategoria II
Q.4	drenaż opłucnej	kategoria III
Q.5	nakłucie opłucnej	kategoria V
Q.6	wprowadzenie substancji do opłucnej	kategoria V
Q.7	operacja naprawcza pęknięcia przepony	kategoria I
ŚCIANA BRZUCHA		
Q.8	pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	kategoria IV
Q.9	operacja nawrotowej	kategoria IV
Q.10	przepukliny pachwinowej	kategoria III
Q.11	pierwotna operacja przepukliny udowej	kategoria III
Q.12	operacja nawrotowej przepukliny udowej	kategoria III
Q.13	operacja przepukliny pępkowej	kategoria IV
Q.14	pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	kategoria IV
Q.15	operacja nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	kategoria III
Q.16	operacja innej przepukliny ściany brzucha	kategoria IV
Q.17	operacje pępka	kategoria III
Q.18	diagnostyczne otwarcie jamy brzusznej	kategoria IV
OTRZEWNA		
Q.19	wycięcie zmiany otrzewnej	kategoria IV
Q.20	drenaż otrzewnej	kategoria IV
Q.21	operacje sieci większej	kategoria III
Q.22	operacje krezki jelita cienkiego	kategoria III
Q.23	operacje krezki okrężnicy	kategoria III
Q.24	operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	kategoria IV
POWIĘŻ, POCHEWKA ŚCIĘGNA I KALETKA		
Q.25	przeszczep powięzi	kategoria V
Q.26	wycięcie powięzi brzucha	kategoria V
Q.27	wycięcie innej powięzi	kategoria IV
Q.28	wycięcie zmiany w obrębie powięzi	kategoria V
Q.29	rozdzielenie powięzi	kategoria V
Q.30	uwolnienie powięzi	kategoria V
Q.31	wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	kategoria IV
Q.32	operacja kaletki	kategoria IV
ŚCIĘGNA		
Q.33	wycięcie ścięgna	kategoria IV
Q.34	operacja naprawcza ścięgna	kategoria IV
Q.35	uwolnienie ścięgna	kategoria IV
Q.36	zmiana długości ścięgna	kategoria V
Q.37	wycięcie pochewki ścięgna	kategoria IV

MIĘŚNIE		
Q.38	przeszczep mięśni	kategoria I
Q.39	wycięcie mięśnia	kategoria V
Q.40	operacja naprawcza mięśnia	kategoria III
Q.41	uwolnienie przykurczu mięśnia	kategoria IV
UKŁAD LIMFATYCZNY		
Q.42	wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	kategoria III
Q.43	drenaż zmiany węzła chłonnego	kategoria V
Q.44	operacje przewodu limfatycznego	kategoria II
Q.45	operacje kieszonki skrzelowej	kategoria IV
KOŚCI I STAWY CZASZKI I TWARZY		
R.1	plastyka czaszki	kategoria II
R.2	otwarcie czaszki	kategoria I
R.3	wycięcie kości twarzy	kategoria IV
R.4	nastawienie złamania szczęki	kategoria IV
R.5	nastawienie złamania innej kości twarzy	kategoria III
R.6	rozdzielenie kości twarzy	kategoria III
R.7	stabilizacja kości twarzy	kategoria IV
R.8	wycięcie żuchwy	kategoria III
R.9	nastawienie złamania żuchwy	kategoria IV
R.10	rozdzielenie żuchwy	kategoria IV
R.11	stabilizacja żuchwy	kategoria IV
R.12	plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	kategoria III
KOŚCI I STAWY KRĘGOSŁUPA		
R.13	pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	kategoria I
R.14	kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	kategoria II
R.15	odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	kategoria I
R.16	odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	kategoria I
R.17	kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego	kategoria I
R.18	odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	kategoria II
R.19	pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	kategoria I
R.20	rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	kategoria I
R.21	pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	kategoria II
R.22	rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	kategoria I
R.23	rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	kategoria I
R.24	pierwotne zespolenie kręgow (artrodeza) w odcinku szyjnym	kategoria I
R.25	pierwotne zespolenie kręgow (artrodeza) w innym odcinku	kategoria II
R.26	rewizja zespolenia kręgow (artrodezy)	kategoria II
R.27	korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	kategoria I
R.28	wycięcie zmiany kręgosłupa	kategoria II
R.29	odbarczenie złamania kręgosłupa	kategoria II
R.30	stabilizacja złamania kręgosłupa	kategoria II

OPERACJE ODTWÓRCZE RĘKI I STOPY		
S.1	całkowita rekonstrukcja kciuka	kategoria III
S.2	całkowita rekonstrukcja przodostopia	kategoria III
S.3	całkowita rekonstrukcja tylostopia	kategoria III
KOŚCI		
S.4	wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	kategoria III
S.5	całkowite wycięcie kości	kategoria IV
S.6	wycięcie kości ektopowej	kategoria V
S.7	wycięcie zmiany w obrębie kości	kategoria III
S.8	otwarte chirurgiczne złamanie kości	kategoria III
S.9	kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	kategoria III
S.10	rozdzielenie trzonu kości	kategoria III
S.11	rozdzielenie kości stopy	kategoria IV
S.12	drenaż kości	kategoria IV
S.13	pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	kategoria III
S.14	pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	kategoria III
S.15	pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	kategoria III
S.16	wtórne otwarte nastawienie złamania kości	kategoria III
S.17	zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	kategoria III
S.18	zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	kategoria III
S.19	stabilizacja oddzielonej nasady kości	kategoria IV
S.20	wyciąg szkieletowy kości	kategoria V
S.21	przeszczep szpiku kostnego	kategoria IV
OPERACJE DOTYCZĄCE WIELU UKŁADÓW		
T.1	replantacja kończyny górnej	kategoria III
T.2	replantacja kończyny dolnej	kategoria III
T.3	replantacja innego organu	kategoria I
T.4	wszczepienie protezy kończyny	kategoria III
T.5	amputacja w zakresie ramienia	kategoria IV
T.6	amputacja ręki	kategoria III
T.7	amputacja nogi	kategoria IV
T.8	amputacja stopy	kategoria IV
T.10	operacje w zakresie kikuta po amputacji	kategoria IV
T.11	amputacja brzuszno-miedniczna	kategoria II

§ 33.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Pozostałe postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” pozostają bez zmian.
2. Niniejszy Aneks został zatwierdzony Uchwałą 45/Z/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 17.10.2012 r. i ma zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 01.11.2012 r.

§ 34.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu
2. Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego i Częściowego Inwalidztwa w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.