

Karta Produktu „Pewne Rachunki”

Karta Produktu zawiera podstawowe informacje dotyczące **Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „PEWNE RACHUNKI” (8970)**. Karta Produktu nie jest częścią Umowy Ubezpieczenia, nie stanowi wzorca umownego ani materiału marketingowego. Karta Produktu została przygotowana przez MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. (Towarzystwo) z siedzibą w Warszawie we współpracy z P4 Sp. z o.o. (Ubezpieczający) z siedzibą w Warszawie i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc Klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, zwłaszcza ze **Szczególnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie „PEWNE RACHUNKI” (SWU)**, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu. Pojęcia pisane w Karcie Produktu wielką literą mają znaczenie określone w SWU.

Jeśli cechy produktu zawarte w Karcie Produktu nie są zrozumiałe lub dopasowanie produktu do potrzeb budzi wątpliwość, warto skontaktować się z Infolinią Towarzystwa przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia.

W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje dotyczące Umowy Ubezpieczenia na piśmie lub w innej formie zaakceptowanej przez strony.

1 UBEZPIECZONY

Ubezpieczonym może być osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, będąca stroną zawartej z Ubezpieczającym Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych (Abonent) i która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia, a nie ukończyła 64. roku życia.

2 UBEZPIECZAJĄCY

P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie

3 TOWARZYSTWO

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie

4 ROLA P4 SP. Z O.O.

Ubezpieczający

5 TYP I CHARAKTER UMOWY UBEZPIECZENIA

Grupowa Umowa Ubezpieczenia o charakterze ochronnym (Umowa Ubezpieczenia)

6 ZAKRES UBEZPIECZENIA

- śmierć Ubezpieczonego,
- Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW lub Choroby,
- Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW lub Choroby,
- Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW,
- Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW.

7 POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego Okresu Rozliczeniowego dla danego Abonenta, następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o przystąpieniu do Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki. Przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia następuje podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej.

8 KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Odpowiedzialność Towarzystwa i obowiązek Ubezpieczającego do zapłaty Składek w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:

- a) z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, za który została zapłacona ostatnia Składka przed utratą przez Ubezpieczonego statusu Abonenta,
- b) z upływem okresu, na który została zawarta Umowa Ubezpieczenia z Ubezpieczającym, o ile nie zostanie zawarta na kolejny roczny okres,
- c) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia wskutek wypowiedzenia przez Ubezpieczającego,
- d) w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu,
- e) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej – po zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu rezygnacji z ubezpieczenia,
- f) z chwilą śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień co do odpowiedzialności Towarzystwa w związku ze śmiercią Ubezpieczonego objętych SWU,
- g) w przypadku niezapłacenia Składki przez Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego, zgodnie z Artykułem 6 ustęp 5 SWU,
- h) z końcem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia,
- i) Ubezpieczony został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu Niepoczytalności,
- j) w przypadku wypłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych opisanych w Artykule 7 ustęp 1 i 2 lub powstania obowiązku wypłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych opisanych w Artykule 7 ustęp 4 i 5 SWU.

9 KONTYNUACJA LUB WZNOWIENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony – 1 rok, podczas którego Abonenci mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową.
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta z chwilą jej podpisania przez Ubezpieczającego i Towarzystwo.
3. Po upływie każdego roku trwania Umowy Ubezpieczenia, Umowa Ubezpieczenia automatycznie ulega przedłużeniu na kolejny rok na tych samych warunkach, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
4. Polisa „Pewne Rachunki” nie zawiera postanowień odbiegających na niekorzyść Ubezpieczającego od warunków zawartych w Umowie Ubezpieczenia lub od SWU.
5. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Propozycja zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia powinna zostać przekazana Ubezpieczającemu w formie pisemnej nie później niż 3 miesiące przed końcem danego roku trwania Umowy Ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający może nie wyrazić zgody na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia (złożyć sprzeciw) na kolejny rok obowiązywania Umowy Ubezpieczenia w formie pisemnej nie później niż 1 miesiąc przed końcem danego roku trwania Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Umowa Ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na kolejny rok.

7. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył sprzeciwu, o którym mowa w ustępie 6, przyjmuje się, że Umowa Ubezpieczenia ulega przedłużeniu na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo. Zmiana wysokości Składki może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu przez Ubezpieczającego uprzedniej pisemnej zgody pod rygorem jej nieważności.
8. Ubezpieczający lub Towarzystwo może, nie później niż na 3 miesiące przed końcem okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, dostarczyć drugiej Stronie zawiadomienie na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie Umowy Ubezpieczenia na kolejny rok.
9. Umowa Ubezpieczenia nie ulega przedłużeniu na kolejny rok w przypadku:
 - a) złożenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu zgodnie z ustępem 6,
 - b) niewyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na zmianę wysokości Składki zgodnie z ustępem 7,
 - c) dostarczenia zawiadomienia, o którym mowa w ustępie 8.
10. Strony Umowy Ubezpieczenia mogą dokonać zmiany Umowy Ubezpieczenia za ich obopólną zgodą.
11. Umowa Ubezpieczenia nie przewiduje wznawiania ochrony ubezpieczeniowej.

10 OPŁATA ZA UBEZPIECZENIE/SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość opłaty za ubezpieczenie zależy od wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego i jest płatna miesięcznie za dany Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej w terminie do Dnia Wymagalności Składki.
2. Opłata za ubezpieczenie wskazana jest na fakturze Ubezpieczonego wystawianej przez Ubezpieczającego.
3. Opłata nie jest indeksowana.
4. Wysokość opłaty za ubezpieczenie dla każdego z wariantów ochrony podana została w punkcie 12 poniżej.
5. Brak innych opłat ponoszonych przez Ubezpieczonego.

11 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA I PODMIOTY UPRAWNIONE DO ICH OTRZYMANIA

1. Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Suma Ubezpieczenia jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Uposażonemu samodzielnie wskazanemu przez Ubezpieczonego. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Uposażonym*.

2. Świadczenie na wypadek Trwałej niezdolności do pracy wskutek NW lub Choroby

Warunkiem wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz był aktywny zawodowo (świadczył pracę lub świadczył usługi) w miejscu pracy lub innym miejscu wskazanym przez pracodawcę (lub zleceniodawcę) lub prowadził działalność gospodarczą.

W przypadku osób, które nie są aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci), za całkowitą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:

- wzroku w obu oczach lub
- przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Od daty Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwała niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

3. Świadczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy wskutek NW lub Choroby

3.1. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Świadczenie Ubezpieczeniowe płatne jest za każdy okres 30 dni następujący po 30. dniu nieprzerwanego potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba Świadczeń Ubezpieczeniowych nie może przekroczyć 12 oraz że Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się w czasie, gdy Ubezpieczony prowadził działalność gospodarczą lub uzyskiwał dochód z tytułu stosunku pracy, a także pod warunkiem opłacenia Składki za dany miesiąc. Za pierwszy 30-dniowy okres Czasowej niezdolności do pracy świadczenie nie jest należne.

W przypadku, gdy powtórna Czasowa niezdolność do pracy ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego stanu, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej Czasowej niezdolności do pracy i Czasowa niezdolność do pracy jest traktowana jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy.

3.2. Wypłata świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się:

- a) z dniem wypłaty 12. świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy,
- b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
- c) z chwilą śmierci,
- d) z upływem dnia, w którym stwierdzono stan Trwałej niezdolności do pracy,
- e) z początkiem dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
- f) z początkiem dnia, kiedy Ubezpieczony jest w stanie podjąć swoją dotychczasową pracę,
- g) z początkiem dnia, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.

Decyzja Towarzystwa o uznaniu Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w oparciu o przedstawione przez Ubezpieczonego zwolnienia lekarskie lub decyzję ZUS, potwierdzające Czasową niezdolność do pracy.

4. Świadczenie na wypadek Trwałego Inwalidztwa wskutek NW – miesięczne świadczenie

4.1. W przypadku Trwałego Inwalidztwa wskutek NW Towarzystwo wypłacać będzie Ubezpieczonemu przez okres 5 lat miesięczne świadczenie z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW.

4.2. Wysokość miesięcznego świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa wskutek NW jest określona w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wskazanym przez Ubezpieczonego.

4.3. Wypłata miesięcznego świadczenia, o którym mowa w punktach 4.1. i 4.2. powyżej, rozpocznie się po okresie leczenia, rehabilitacji, jeżeli została zalecona, które okazały się niezbędne do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres 5 lat, począwszy od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną trwałego inwalidztwa, z uwzględnieniem postanowień w punktach 4.4. i 4.5. poniżej.

4.4. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek Ubezpieczonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.

4.5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego otrzymującego miesięczne świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych świadczeń z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW zostanie wypłacona spadkobiercom Ubezpieczonego jednorazowo.

4.6. W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych miesięcznych świadczeń z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.

4.7. Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę Tabelę nie jest mniejsze niż 50%.

4.8. Jeżeli w wyniku tego samego Nieszczęśliwego Wypadku doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, Towarzystwo obliczy wielkość procentowej uszkodzenia ciała, sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narządom lub kończyom zgodnie z Tabelą norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4.9. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Świadczenie Ubezpieczeniowe zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.

5. Świadczenie na wypadek Śmierci wskutek NW – miesięczne świadczenie

- 5.1. W przypadku Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW Towarzystwo wypłacać będzie Uposażonemu przez okres 5 lat miesięczne świadczenie z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW.
- 5.2. Wysokość miesięcznego świadczenia z tytułu Śmierci wskutek NW jest określona w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wskazanym przez Ubezpieczonego.
- 5.3. Wypłata miesięcznego świadczenia, o którym mowa w punktach 5.1. i 5.2. powyżej, będzie obejmowała okres 5 lat, począwszy od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, z uwzględnieniem postanowień w punkcie 5.4. poniżej.
- 5.4. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek Uposażonego, może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.
- 5.5. W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych miesięcznych świadczeń z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone

Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe opisane w ustępach 2, 3, 4 i 5 powyżej nastąpi w Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej, to Świadczenie Ubezpieczeniowe należne z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego jest wypłacane w pierwszej kolejności Ubezpieczającemu, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, na poczet wszelkich należności Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikających z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia. Jeżeli Świadczenie Ubezpieczeniowe jest większe niż wyżej wymienione należności, pozostała część Świadczenia Ubezpieczeniowego zostanie wypłacona Uposażonym* (w przypadku Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW) lub Ubezpieczonemu (w pozostałych przypadkach). Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego należnego z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczający zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować Towarzystwo o wysokości wymaganych należności Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego. W razie braku odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego w powyższym terminie Świadczenie Ubezpieczeniowe wypłacone jest Uposażonym* (w przypadku Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW) lub Ubezpieczonemu (w pozostałych przypadkach).

Wysokość wszystkich możliwych świadczeń z tytułu ubezpieczenia określa tabela w punkcie 12.

* Uposażony to osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci Ubezpieczonego przewidzianych Umową Ubezpieczenia. W części świadczenia równej należnościom Ubezpieczonego w stosunku do Ubezpieczającego wynikającym z Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych, ale nie więcej niż wysokość Sumy Ubezpieczenia, Uposażonym może być Ubezpieczający za uprzednią zgodą Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Uposażonego także co do pozostałej części świadczenia. O ile Ubezpieczony nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń jest małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczyliby po Ubezpieczonym.

12. SUMA UBEZPIECZENIA

Zakres świadczeń	Pakiet srebrny	Pakiet złoty	Pakiet platynowy
	Sumy Ubezpieczenia		
Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW lub Choroby	600 zł	900 zł	1 200 zł
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego wskutek NW lub Choroby (maksymalnie 12 miesięcy)	50 zł / miesiąc (do 600 zł)	75 zł / miesiąc (do 900 zł)	75 zł / miesiąc (do 900 zł)
Trwale min. 50% Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek NW – wypłata miesięczna przez okres 5 lat	750 zł / miesiąc (łącznie 45 000 zł)	900 zł / miesiąc (łącznie 54 000 zł)	1 200 zł / miesiąc (łącznie 72 000 zł)
Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW – wypłata miesięczna przez okres 5 lat	750 zł / miesiąc (łącznie 45 000 zł)	900 zł / miesiąc (łącznie 54 000 zł)	1 200 zł / miesiąc (łącznie 72 000 zł)
Śmierć Ubezpieczonego	144 zł	180 zł	240 zł
Oplata miesięczna	12,00 zł	15,00 zł	20,00 zł

Suma Ubezpieczenia nie jest indeksowana.

13. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Zgodnie z postanowieniami SWU Artykuł 9:

1. Umowa Ubezpieczenia nie obejmuje śmierci lub Trwałej Niezdolności do pracy lub Czasowej Niezdolności do pracy spowodowanych bądź wynikających z:
 - a) samobójstwa lub próby samobójstwa popełnionych niezależnie od stanu poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony,
 - b) samookaleczenia popełnionego niezależnie od stanu poczytalności,
 - c) Choroby lub niepełnosprawności, które wystąpiły lub były leczone w okresie 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia się ubezpieczenia i które były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem,
 - d) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - e) popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w domowym umyślnym działaniu przestępczym,
 - f) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych substancji w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli pozostawanie pod wpływem takich substancji było przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - a) zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych sklasyfikowanych w ICD-10 w pozycjach od F1 do F99,
 - b) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.
3. Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - a) zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych sklasyfikowanych w ICD-10 w pozycjach od F1 do F99,
 - b) niesprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi,
 - c) bólów pleców, krzyża i schorzeń powiązanych, chyba że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenia.
4. Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW oraz Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:
 - a) choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych w ICD-10 w pozycjach od F1 do F99 oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka międzyostowego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - b) wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
 - c) jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - d) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - e) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - f) Wojny, strajków albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania albo w wyniku aktów terroryzmu,

- g) pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
- h) Zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu,
- i) wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
- j) uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
- k) podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

14 ODSTĄPIENIE/REZYGNACJA Z UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest w formie ustnego oświadczenia o odstąpieniu, złożonego za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa. W przypadku odstąpienia Składka za danego Ubezpieczonego zostaje zwrócona w całości Ubezpieczającemu. Odstąpić od ubezpieczenia Ubezpieczony może również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego na adres podany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia, również przy użyciu formularza odstąpienia, przewidzianego w załączniku nr 2 do ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U z 2014 r. poz. 827). Termin odstąpienia od ubezpieczenia będzie zachowany, jeżeli w ciągu 30 dni od dnia otrzymania Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia, oświadczenie Ubezpieczonego o odstąpieniu będzie wysłane na adres wskazany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia składane jest w formie ustnego oświadczenia o rezygnacji, złożonego za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa. Zrezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia wysłanego na adres podany w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa takiego Ubezpieczonego wygasa z upływem Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej, w trakcie którego Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

15 ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Bezpośrednio do Towarzystwa, niezwłocznie po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego:

- telefonicznie – za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa – tel. +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- korespondencyjnie – wysyłając wypełniony formularz roszczeniowy lub pisemny wniosek zawierający dane wskazane na formularzu wraz z wymaganą dokumentacją na adres: MetLife TUnŻIR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom. Formularz dostępny jest także na stronie internetowej Ubezpieczającego i Towarzystwa.

Szczegółowe zasady zgłaszania roszczeń oraz dokumenty, jakie należy dołączyć do zgłoszenia roszczenia, wskazane są w SWU w Artykule 12.

16 ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ORAZ ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może złożyć reklamację:

- pisemnie na adres: MetLife TUnŻIR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
- elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
- telefonicznie pod numerem +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
- osobiście – w siedzibie Towarzystwa.

Każda Reklamacja rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.

W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania Reklamacji. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje składającego Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

„Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej Towarzystwa.

17 ZASADY OBEJMOWANIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ OSÓB INNYCH NIŻ KLIENT

Nie dotyczy.

18 PODMIOT UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA

Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego do otrzymania danego świadczenia zawarte są w punkcie 11.

19 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r., poz. 851 j.t. z późn. zm.).

Zasady opodatkowania mogą podlegać zmianom.

Pewne Rachunki



MetLife®

Informacja dotycząca Grupowego Ubezpieczenia na Życie – Wsparcie Szpitalne

Informacje w zakresie	Postanowienie i strona SWU
1. przesłanek wypłaty świadczenia	art. 3 – str. 7 art. 7 – str. 8 art. 12 – str. 11 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku
2. ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniających do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 2 – str. 6 art. 7 – str. 8 art. 9 – str. 10 Tabela norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Znajdujące się w ramach w treści SWU komentarze i wyjaśnienia nie stanowią treści SWU. Pełnią one jedynie funkcję informacyjną.

POMOC

Szanowni Państwo, w ramach umieszczonych w treści SWU pojawiają się nasze komentarze zawierające podsumowanie najważniejszych zagadnień. Mamy nadzieję, że SNOOPY – ambasador marki MetLife przybliży i objaśni Państwu trudne sformułowania użyte w SWU. Dodatkowo, słowa wyróżnione *kursywą* zostały zdefiniowane na początku dokumentu.

Dla Państwa wygody wprowadziliśmy trzy rodzaje wyróżnień:

WAŻNE

Zwracamy Państwa uwagę na kwestie dotyczące bezpośrednio umowy ubezpieczenia, które są kluczowe według postanowień prawa.



WYJAŚNIENIA

Objaśniamy niektóre przepisy i wyjaśniamy użyte w tekście trudne sformułowania.



PRZYKŁADY

Wyjaśniamy, jak w praktyce stosowane są postanowienia umowy ubezpieczenia i jakie mają znaczenie dla osoby objętej ubezpieczeniem.



ARTYKUŁ 1. WSTĘP

Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pewne Rachunki”, zwane dalej „SWU”, mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Pewne Rachunki” nr 8970, zawartej pomiędzy MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną, zwanym dalej „Towarzystwem”, a spółką P4 Sp. z o.o., w ramach której ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci *Abonenci* P4 Sp. z o.o., zwaną dalej „Ubezpieczającym” i stanowią integralną część *Umowy Ubezpieczenia* w zakresie ryzyka śmierci *Ubezpieczonego*, *Czasowej niezdolności do pracy* wskutek *NW* lub *Choroby*, *Trwałej niezdolności do pracy* wskutek *NW* lub *Choroby*, *Śmierci wskutek NW* oraz *Trwałego Inwalidztwa wskutek NW*.

ARTYKUŁ 2. DEFINICJE

Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:

- Abonent** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która jest stroną zawartej z *Ubezpieczającym* jako operatorem telekomunikacyjnym *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*,
- Agent do spraw Roszczeń** – podmiot, który może zostać upoważniony przez *Towarzystwo* do występowania w jego imieniu w sprawach związanych z roszczeniami,
- Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała *Ubezpieczonego*, niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę,
- Czasowa niezdolność do pracy** – czasowa i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek *Choroby* lub *NW*,
- Dzień Wymagalności Składki** – dzień odpowiadający datą pierwszemu dniowi *Okresu Rozliczeniowego Ubezpieczonego*, będący równocześnie datą początku ochrony ubezpieczeniowej i odpowiadający mu dzień w każdym kolejnym *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, za który *Ubezpieczający* zobowiązany jest opłacić *Składkę*,
- Infolinia Towarzystwa** – telefoniczne centrum obsługi klienta, odpowiedzialne za przekazywanie informacji dotyczących ubezpieczenia, udzielające informacji o sposobie zgłoszenia roszczenia oraz udzielające informacji o sposobie odstąpienia i rezygnacji z ubezpieczenia. Podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie *Infolinii Towarzystwa* może być osoba trzecia działająca na zlecenie *Towarzystwa*,

WYJAŚNIENIE: W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących ochrony ubezpieczeniowej prosimy o kontakt z Infolinią Towarzystwa pod numerem (+48) 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).



- Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej** – miesięczny okres odpowiadający *Okresowi Rozliczeniowemu*, podczas którego *Ubezpieczony* jest objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z *SWU*,

PRZYKŁAD: Jeżeli pierwszy dzień *Okresu Rozliczeniowego* przypada np. 9 czerwca, wówczas *Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej* również rozpoczyna się 9 czerwca. Oznacza to, że od 9 czerwca *Ubezpieczony* jest chroniony. Warunkiem udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest opłacenie *Składki*.



- Niepoczytalność** – utrata przez *Ubezpieczonego* możliwości kierowania swoim postępowaniem wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności alkoholizmu lub narkomanii, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu o całkowitym lub częściowym ubezwłasnowolnieniu *Ubezpieczonego*,
- Nieszczęśliwy Wypadek (NW)** – niezależne od woli *Ubezpieczonego*, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezwiązane z jakimkolwiek istniejącym stanem chorobowym,

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie uwagi, iż zdarzenia takie jak zawał serca, udar lub wylew nie są wywołane przyczyną zewnętrzną, a zatem nie są *Nieszczęśliwym Wypadkiem* w rozumieniu niniejszych SWU.



- Okres Rozliczeniowy** – okres, za który dokonywane są rozliczenia zobowiązań *Abonenta* wobec *Ubezpieczającego* z tytułu świadczonych usług telekomunikacyjnych, rozpoczynający się i kończący we wskazanych przez *Ubezpieczającego* na fakturze dniach miesiący kalendarzowych,
- Pasażerskie licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego posiadające wszelkie zezwolenia uprawniające zarówno do regularnego, jak i na podstawie umowy czarteru, odpłatnego przewozu osób,
- Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie *Umowy Ubezpieczenia* „Pewne Rachunki” nr 8970 pomiędzy P4 Sp. z o.o. a MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną,
- Potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia** – pisemna informacja przekazywana *Ubezpieczonemu*, zawierająca informacje o podstawowych warunkach ochrony ubezpieczeniowej,
- Reklamacja** – każde wystąpienie *Ubezpieczającego*, *Ubezpieczonego*, *Uposażonego* lub uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* kierowane do *Towarzystwa*, w którym zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez *Towarzystwo* lub jego działalności,
- Rocznica Polisy** – data wskazana w *Polisie* „Pewne Rachunki” przypadająca co roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*,
- Składka** – wskazana w *Polisie* „Pewne Rachunki” kwota należna od *Ubezpieczającego* za każdego *Ubezpieczonego* z tytułu *Umowy Ubezpieczenia*, której metoda ustalania została określona w *Polisie* „Pewne Rachunki”,
- Strony Umowy Ubezpieczenia** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną i P4 Sp. z o.o.,
- Suma Ubezpieczenia** – kwota wskazana w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*, przesyłanym do *Ubezpieczonego*, która określa zobowiązanie *Towarzystwa* wobec *Ubezpieczonego* w przypadku zajścia *Zdarzenia ubezpieczeniowego*,
- SWU** – niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Pewne Rachunki”,
- Śmierć wskutek NW** – śmierć *Ubezpieczonego*, która nastąpiła w terminie 180 dni od daty *Nieszczęśliwego Wypadku* i której bezpośrednią i wyłączną przyczyną były fizyczne obrażenia ciała *Ubezpieczonego* powstałe wskutek *Nieszczęśliwego Wypadku*,
- Świadczenie Ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana w przypadku uznania roszczenia powstałego w wyniku zajścia określonego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*,

22. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (00-450), ul. Przemysłowa 26,
23. **Trwała niezdolność do pracy** – nieodwracalna i całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek *Choroby* lub *NW*,
24. **Trwałe Inwalidztwo wskutek NW** – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała *Ubezpieczonego* spowodowane fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi w wyniku tego samego *NW*, polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny, zgodnie z warunkami *Umowy Ubezpieczenia*, określone w Tabeli norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku. Tabela ta stanowi integralną część *Umowy Ubezpieczenia* i jest dostępna w biurze głównym *Towarzystwa*, jego upoważnionych przedstawicielstwach, a także na stronie internetowej *Towarzystwa* i *Ubezpieczającego*. Obrażenia, o których mowa powyżej, muszą pozostawać bezpośrednią i wyłączną przyczyną trwałego inwalidztwa *Ubezpieczonego*, muszą być stwierdzone w ciągu 180 dni od daty *NW* oraz trwać przez 6 kolejnych miesięcy, licząc od dnia *NW* i w świetle aktualnej wiedzy medycznej nie rokują dalszej poprawy po zakończeniu okresu leczenia i rehabilitacji,

PRZYKŁAD: W przypadku utraty części ciała, np. prawej dłoni, ocena trwałości inwalidztwa i wypłata świadczenia dokonywana jest przed zakończeniem procesu leczenia i rehabilitacji.



25. **Ubezpieczający** – P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Taśmowa 7, który jest operatorem telekomunikacyjnym sieci Play, zawierający *Umowę Ubezpieczenia* „Pewne Rachunki” z MetLife Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółką Akcyjną, zobowiązany do opłacania *Składki za Ubezpieczonych*,

WAŻNE: Zwracamy uwagę na różnicę pomiędzy *Ubezpieczonym* a *Ubezpieczającym*. *Ubezpieczający* to operator telekomunikacyjny sieci Play, który zawarł *Umowę Ubezpieczenia* z *Towarzystwem*. *Ubezpieczony* to osoba fizyczna – *Abonent*, którego życie i zdrowie jest chronione. Natomiast *Towarzystwo* to podmiot, który udziela ochrony ubezpieczeniowej.



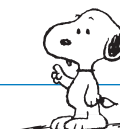
26. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca *Abonentem*, spełniająca wymogi do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z niniejszymi *SWU*, której życie lub zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową i za którą została opłacona *Składka*,
27. **Umowa o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych** – umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych, zawarta pomiędzy *Abonentem* a *Ubezpieczającym*, na podstawie której *Abonent* korzysta z usług telekomunikacyjnych świadczonych przez *Ubezpieczającego*,
28. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie oraz Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów P4 Sp. z o.o. „Pewne Rachunki” nr 8970 zawarta pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym* na podstawie niniejszych *SWU*, wraz z załącznikami, jak również wszelkie oświadczenia zawarte w treści tych dokumentów lub ich załącznikach oraz ich wszystkie zmiany dokonane zgodnie przez *Towarzystwo* i *Ubezpieczającego*, potwierdzona *Polisą*,
29. **Uposażony** – osoba uprawniona do świadczeń na wypadek śmierci *Ubezpieczonego* przewidzianych *Umową Ubezpieczenia*. W części świadczenia równej należnościom *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego* wynikającym z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość *Sumy Ubezpieczenia*, *Uposażonym* może być *Ubezpieczający* za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*. *Ubezpieczony* ma prawo do wskazania *Uposażonego* także co do pozostałej części świadczenia. O ile *Ubezpieczony* nie wskaże inaczej, osobą uprawnioną do świadczeń jest małżonek *Ubezpieczonego*. W przypadku braku małżonka świadczenie to zostanie wypłacone dzieciom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom *Ubezpieczonego*. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone osobom stanowiącym krąg spadkobierców ustawowych *Ubezpieczonego* w częściach, w jakich dziedziczyliby po *Ubezpieczonym*,
30. **Wojna** – zorganizowana walka zbrojna między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi, lub operacje wojenne, inwazja, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojna domowa, rebelia, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny lub oblężenia, ogłoszenie lub wypowiedzenie stanu wojennego albo wojny,
31. **Zawodowe i wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnym uprawianiu danej dyscypliny sportowej połączonej z udziałem w rozgrywkach i zawodach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, lub uprawianiu dyscypliny sportowej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem, w tym stypendium,
32. **Zawody z użyciem pojazdów kołowych** – rywalizacja o charakterze indywidualnym lub zespołowym, ukierunkowana na uzyskanie przez osoby uczestniczące optymalnych rezultatów z użyciem samochodu osobowego, samochodu ciężarowego, roweru, motoroweru, motocykla lub quada,
33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia określone w artykule 3 ustęp 2 niniejszych *SWU*,
34. **Zdolność ubezpieczeniowa** – wszystkie warunki, jakie musi spełnić osoba ubezpieczana, aby doszło do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem niniejszego ubezpieczenia jest ochrona życia i zdrowia *Ubezpieczonego*.

WAŻNE: Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez 24 godziny na dobę na całym świecie.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące *Zdarzenia ubezpieczeniowe*:
- śmierć *Ubezpieczonego*,
 - Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *Choroby*,
 - Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego* wskutek *NW* lub *Choroby*,
 - Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego* wskutek *NW*,
 - Śmierć Ubezpieczonego* wskutek *NW*.



ARTYKUŁ 4. ZAWARCIE I ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

WYJAŚNIENIE: Postanowienia niniejszego artykułu dotyczą stosunku prawnego pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym*, a nie bezpośrednio *Ubezpieczonego*.

- Umowa Ubezpieczenia* jest zawierana na czas określony – 1 rok, podczas którego *Abonenci* mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową.
- Umowa Ubezpieczenia* jest zawarta z chwilą jej podpisania przez *Ubezpieczającego* i *Towarzystwo*.
- Po upływie każdego roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*, *Umowa Ubezpieczenia* automatycznie ulega przedłużeniu na kolejny rok na tych samych warunkach, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
- Polisa* „Pewne Rachunki” nie zawiera postanowień odbiegających na niekorzyść *Ubezpieczającego* od warunków zawartych w *Umowie Ubezpieczenia* lub od *SWU*.
- Towarzystwo* może zaproponować *Ubezpieczającemu* zmianę warunków *Umowy Ubezpieczenia* na kolejny rok obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia*. Propozycja zmiany warunków *Umowy Ubezpieczenia* powinna zostać przekazana *Ubezpieczającemu* w formie pisemnej nie później niż 3 miesiące przed końcem danego roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*.
- Ubezpieczający* może nie wyrazić zgody na zmianę warunków *Umowy Ubezpieczenia* (złożyć sprzeciw) na kolejny rok obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia* w formie pisemnej nie później niż 1 miesiąc przed końcem danego roku trwania *Umowy Ubezpieczenia*. W takim przypadku *Umowa Ubezpieczenia* nie ulega przedłużeniu na kolejny rok.
- Jeżeli *Ubezpieczający* nie złożył sprzeciwu, o którym mowa w ustępie 6, przyjmuje się, że *Umowa Ubezpieczenia* ulega przedłużeniu na warunkach zaproponowanych przez *Towarzystwo*. Zmiana wysokości *Składki* może nastąpić wyłącznie po wyrażeniu przez *Ubezpieczającego* uprzedniej pisemnej zgody pod rygorem jej nieważności.
- Ubezpieczający* lub *Towarzystwo* może, nie później niż na 3 miesiące przed końcem okresu obowiązywania *Umowy Ubezpieczenia*, dostarczyć drugiej *Stronie* zawiadomienie na piśmie, że nie wyraża zgody na przedłużenie *Umowy Ubezpieczenia* na kolejny rok.
- Umowa Ubezpieczenia* nie ulega przedłużeniu na kolejny rok w przypadku:
 - złożenia przez *Ubezpieczającego* sprzeciwu zgodnie z ustępem 6,
 - niewyrażenia przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę wysokości *Składki* zgodnie z ustępem 7,
 - dostarczenia zawiadomienia, o którym mowa w ustępie 8.
- Strony Umowy Ubezpieczenia* mogą dokonać zmiany *Umowy Ubezpieczenia* za ich obopólną zgodą.



ARTYKUŁ 5. PRZYSTĄPIENIE, ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

- Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci tylko ci **Abonenci**, którzy w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyli 18. rok życia, a nie ukończyli 64. roku życia. Przystąpienie do *Umowy Ubezpieczenia* jest dobrowolne.
- Ubezpieczonym** może być osoba, która:
 - wyraziła zgodę na przedstawienie oferty dotyczącej przystąpienia do *Umowy Ubezpieczenia*, nagrywanie rozmów telefonicznych prowadzonych pomiędzy **Abonentem** a **Ubezpieczającym** i trwałe rejestrowanie wszelkich oświadczeń woli składanych przez **Ubezpieczonego** w trakcie tych rozmów, w szczególności oświadczenia woli w sprawie wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz na wysokość **Sum Ubezpieczenia**,
 - wyraziła wolę przystąpienia do *Umowy Ubezpieczenia*, na warunkach określonych w niniejszych SWU oraz w informacjach przekazanych przez **Ubezpieczającego**, w szczególności w zakresie ponoszenia opłat z tym związanych,
 - spełnia wymogi do objęcia ochroną ubezpieczeniową określone w niniejszych SWU i potwierdzone w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*.

WAŻNE: Przystąpienie do ubezpieczenia następuje podczas rejestrowanej rozmowy telefonicznej. Następnie Ubezpieczający wysyła do Ubezpieczonego list powitalny wraz z niniejszymi Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia oraz z Potwierdzeniem przystąpienia do ubezpieczenia, w którym wskazane są obowiązujące Ubezpieczonego Sumy Ubezpieczenia. Opłata za ubezpieczenie jest wskazana na fakturze Ubezpieczonego wystawianej przez Ubezpieczającego.



- Przystąpienie do *Umowy Ubezpieczenia* po ukończeniu przez **Ubezpieczonego** wieku 64 lat jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań po stronie **Towarzystwa**, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanej **Składki**.
- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia najbliższego **Okresu Rozliczeniowego** dla danego **Abonenta**, następującego po złożeniu ustnego oświadczenia o przystąpieniu do *Umowy Ubezpieczenia*, pod warunkiem opłacenia **Składki** za tego **Abonenta**, z uwzględnieniem poniższych ustępów.
- W przypadku wielokrotnego przystąpienia do ubezpieczenia w ramach *Umowy Ubezpieczenia* ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia i tylko za tę ochronę **Ubezpieczający** zobowiązany jest opłacić **Składkę**.
- Ubezpieczony** może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania **Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia**. Oświadczenie o odstąpieniu składane jest w formie ustnego oświadczenia o odstąpieniu, złożonego za pośrednictwem **Infolinii Towarzystwa**. W przypadku odstąpienia **Składka** za danego **Ubezpieczonego** zostaje zwrócona w całości **Ubezpieczającemu**. Odstąpić od ubezpieczenia **Ubezpieczony** może również w formie pisemnego oświadczenia, wysłanego na adres podany w **Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia**, również przy użyciu formularza odstąpienia, przewidzianego w załączniku nr 2 do ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U z 2014 r. poz. 827). Termin odstąpienia od ubezpieczenia będzie zachowany, jeżeli w ciągu 30 dni od dnia otrzymania **Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia**, oświadczenie **Ubezpieczonego** o odstąpieniu będzie wysłane na adres wskazany w **Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia**.

WAŻNE: Ubezpieczony może odstąpić od ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania **Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia**. Ubezpieczony ma także możliwość rezygnacji z ubezpieczenia w każdym momencie jego trwania. Obydwa przypadki powodują wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku odstąpienia – ochrona wygasa z dniem otrzymania przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu, zaś w przypadku rezygnacji – ochrona wygasa z upływem **Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej**, w trakcie którego Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.



- Ubezpieczony** może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie. Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia składane jest w formie ustnego oświadczenia o rezygnacji, złożonego za pośrednictwem **Infolinii Towarzystwa**. Zrezygnować można również w formie pisemnego oświadczenia, wysłanego na adres podany w **Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia**. Ochrona ubezpieczeniowa takiego **Ubezpieczonego** wygasa z upływem **Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej**, w trakcie którego **Ubezpieczony** złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
- Ubezpieczający** i **Ubezpieczony** są zobowiązani do podania prawdziwych informacji, o które **Towarzystwo** pytało przed objęciem **Ubezpieczonego** ochroną ubezpieczeniową.

ARTYKUŁ 6. SUMA UBEZPIECZENIA, SKŁADKA

- Wysokości **Składki** i **Sum Ubezpieczenia** określone są w **Polisie „Pewne Rachunki”** wystawionej na rzecz **Ubezpieczającego**. Natomiast wysokość **Sum Ubezpieczenia** dla danego **Ubezpieczonego** określona jest w **Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia**. **Ubezpieczający** wskazuje **Ubezpieczonemu** w **Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia** koszty związane z przystąpieniem do ubezpieczenia.
- Składkę** ustala **Towarzystwo** z uwzględnieniem zakresu oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, w tym wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności **Towarzystwa**, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku osób uprawnionych do ubezpieczenia, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi *Umowy Ubezpieczenia*.
- Ubezpieczający** opłaca **Składkę** za każdego **Ubezpieczonego** za dany **Miesiąc Ochrony Ubezpieczeniowej** w terminie do **Dnia Wymagalności Składki**.
- Składkę** uważa się za opłaconą w momencie uznania jej na rachunku bankowym **Towarzystwa**.
- Niezapłacenie przez **Ubezpieczającego** **Składki** za danego **Ubezpieczonego** w odniesieniu do danego **Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej** w terminie do **Dnia Wymagalności Składki** powoduje brak odpowiedzialności **Towarzystwa**. Jeżeli **Suma Ubezpieczenia** jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część **Świadczenia Ubezpieczeniowego** zostanie wypłacona **Uposażonemu** samodzielnie wskazanemu przez **Ubezpieczonego**. **Towarzystwo** zawiadomi **Ubezpieczającego** o wysokości **Świadczenia Ubezpieczeniowego** należnego z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**. **Ubezpieczający** zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować **Towarzystwo** o wysokości wymaganych należności **Ubezpieczonego** w stosunku do **Ubezpieczającego**. W razie braku odpowiedzi ze strony **Ubezpieczającego** w powyższym terminie **Świadczenie Ubezpieczeniowe** wypłacone jest **Uposażonemu**.

ARTYKUŁ 7. RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

- Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego**
Jeżeli śmierć **Ubezpieczonego** nastąpi w **Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej**, to **Świadczenie Ubezpieczeniowe** jest wypłacane w pierwszej kolejności **Ubezpieczającemu**, za uprzednią zgodą **Ubezpieczonego**, na poczet wszelkich należności **Ubezpieczonego** w stosunku do **Ubezpieczającego** wynikających z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość **Sumy Ubezpieczenia**. Jeżeli **Suma Ubezpieczenia** jest większa niż wyżej wymienione należności, pozostała część **Świadczenia Ubezpieczeniowego** zostanie wypłacona **Uposażonemu** samodzielnie wskazanemu przez **Ubezpieczonego**. **Towarzystwo** zawiadomi **Ubezpieczającego** o wysokości **Świadczenia Ubezpieczeniowego** należnego z tytułu śmierci **Ubezpieczonego**. **Ubezpieczający** zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować **Towarzystwo** o wysokości wymaganych należności **Ubezpieczonego** w stosunku do **Ubezpieczającego**. W razie braku odpowiedzi ze strony **Ubezpieczającego** w powyższym terminie **Świadczenie Ubezpieczeniowe** wypłacone jest **Uposażonemu**.
- Świadczenie na wypadek Trwałej niezdolności do pracy wskutek NW lub Choroby**
Warunkiem wypłaty **Świadczenia Ubezpieczeniowego** w przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub **Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** jest uzyskanie przez **Towarzystwo** potwierdzenia, że w dniu **Nieszczęśliwego Wypadku** lub rozpoczęcia **Choroby** powodującej niezdolność do pracy **Ubezpieczony** był objęty ochroną z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* oraz był aktywny zawodowo (świadczył pracę lub świadczył usługi) w miejscu pracy lub innym miejscu wskazanym przez pracodawcę (lub zleceniodawcę) lub prowadził działalność gospodarczą.
W przypadku osób, które nie są aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci), za całkowitą niezdolność do pracy uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach lub
 - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek **Nieszczęśliwego Wypadku**.
 Od daty **Nieszczęśliwego Wypadku** lub rozpoczęcia **Choroby** powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, **Trwała niezdolność do pracy** zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.
- Świadczenie na wypadek Czasowej niezdolności do pracy wskutek NW lub Choroby**
 - W przypadku stwierdzenia przez **Towarzystwo** **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** **Świadczenie Ubezpieczeniowe** płatne jest za każdy okres 30 dni następujący po 30. dniu nieprzerwanego potwierdzonego stanu **Czasowej niezdolności do pracy**, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba **Świadczeń Ubezpieczeniowych** nie może przekroczyć 12 oraz że **Czasowa niezdolność do pracy** rozpoczęła się w czasie, gdy **Ubezpieczony** prowadził działalność gospodarczą lub uzyskiwał dochód z tytułu stosunku pracy, a także pod warunkiem opłacenia **Składki** za dany miesiąc. Za pierwszy 30-dniowy okres **Czasowej niezdolności do pracy** świadczenie nie jest należne.

W przypadku, gdy powtórna *Czasowa niezdolność do pracy* ma miejsce w czasie krótszym niż 12 miesięcy od daty zakończenia poprzedniego stanu, odpowiedzialność *Towarzystwa* rozpoczyna się od pierwszego dnia powtórnej *Czasowej niezdolności do pracy* i *Czasowa niezdolność do pracy* jest traktowana jako kontynuacja poprzedniej *Czasowej niezdolności do pracy*.

3.2. Wypłata świadczenia z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy* kończy się:

- a) z dniem wypłaty 12. świadczenia z tytułu *Czasowej niezdolności do pracy*,
- b) z upływem ostatniego dnia stanu udokumentowanej *Czasowej niezdolności do pracy*,
- c) z chwilą śmierci,
- d) z upływem dnia, w którym stwierdzono stan *Trwałej niezdolności do pracy*,
- e) z początkiem dnia, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65 lat,
- f) z początkiem dnia, kiedy *Ubezpieczony* jest w stanie podjąć swoją dotychczasową pracę,
- g) z początkiem dnia, kiedy *Ubezpieczony* uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych, lub świadczeń rentowych, lub zasiłku dla bezrobotnych.

Decyzja *Towarzystwa* o uznaniu *Czasowej niezdolności do pracy* zostanie podjęta w oparciu o przedstawione przez *Ubezpieczonego* zwolnienia lekarskie lub decyzję ZUS, potwierdzające *Czasową niezdolność do pracy*.

PRZYKŁAD: Ubezpieczony przebywa na zwolnieniu lekarskim nieprzerwanie przez 60 dni. Pierwsze świadczenie miesięczne, zgodnie z wybranym wariantem ubezpieczenia, zostanie wypłacone po 60. dniu *Czasowej niezdolności do pracy*.
Jeśli Ubezpieczony będzie nadal przebywał na zwolnieniu przez kolejne 30 dni, po tym okresie zostanie wypłacone drugie świadczenie miesięczne.



4. Świadczenie na wypadek *Trwałego Inwalidztwa wskutek NW* – miesięczne świadczenie

- 4.1. W przypadku *Trwałego Inwalidztwa wskutek NW* *Towarzystwo* wypłacać będzie *Ubezpieczonemu* przez okres 5 lat miesięczne świadczenie z tytułu *Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW*.
- 4.2. Wysokość miesięcznego świadczenia z tytułu *Trwałego Inwalidztwa wskutek NW* jest określona w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*, zgodnie z wariantem wskazanym przez *Ubezpieczonego*.
- 4.3. Wypłata miesięcznego świadczenia, o którym mowa w punktach 4.1. i 4.2. powyżej, rozpocznie się po okresie leczenia, rehabilitacji, jeżeli została zalecona, które okażą się niezbędne do określenia stopnia inwalidztwa oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres 5 lat, począwszy od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się *Nieszczęśliwy Wypadek* będący przyczyną trwałego inwalidztwa, z uwzględnieniem postanowień w punktach 4.4. i 4.5. poniżej.

WYJAŚNIENIE: Pierwsze wypłacone świadczenie będzie podwyższone o miesięczne świadczenia należne począwszy od miesiąca, w którym wystąpił *Nieszczęśliwy Wypadek*, do miesiąca, w którym została wydana decyzja o przyznaniu świadczenia.
Jeżeli *Nieszczęśliwy Wypadek* wystąpił w styczniu, a orzeczenie stopnia inwalidztwa nastąpiło w sierpniu, to świadczenie wypłacone w sierpniu będzie podwyższone o miesięczne kwoty naliczone od stycznia do sierpnia.



- 4.4. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek *Ubezpieczonego*, może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.
- 4.5. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* otrzymującego miesięczne świadczenie pozostała do wypłaty suma miesięcznych świadczeń z tytułu *Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW* zostanie wypłacona spadkobiercom *Ubezpieczonego* jednorazowo.
- 4.6. W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych miesięcznych świadczeń z tytułu *Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW* nie może przekroczyć 100% *Sumy Ubezpieczenia* z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.
- 4.7. Ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem, iż trwałe inwalidztwo ustalone w oparciu o tę Tabelę nie jest mniejsze niż 50%.
- 4.8. Jeżeli w wyniku tego samego *Nieszczęśliwego Wypadku* doszło do zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn, *Towarzystwo* obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała, sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom zgodnie z Tabelą norm oceny procentowej trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 4.9. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u *Ubezpieczonego* przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej *Świadczenie Ubezpieczeniowe* zostanie zmniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.

5. Świadczenie na wypadek *Śmierci wskutek NW* – miesięczne świadczenie

- 5.1. W przypadku *Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW* *Towarzystwo* wypłacać będzie *Uposażonemu* przez okres 5 lat miesięczne świadczenie z tytułu *Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW*.
 - 5.2. Wysokość miesięcznego świadczenia z tytułu *Śmierci wskutek NW* jest określona w *Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia*, zgodnie z wariantem wskazanym przez *Ubezpieczonego*.
 - 5.3. Wypłata miesięcznego świadczenia, o którym mowa w punktach 5.1. i 5.2. powyżej, będzie obejmowała okres 5 lat, począwszy od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się *Nieszczęśliwy Wypadek* będący przyczyną śmierci *Ubezpieczonego*, z uwzględnieniem postanowień w punkcie 5.4. poniżej.
 - 5.4. Miesięczne świadczenie, na pisemny wniosek *Uposażonego*, może być zamienione na jednorazową wypłatę równą sumie należnych i niewypłaconych świadczeń miesięcznych.
 - 5.5. W żadnym przypadku suma wszystkich wypłaconych miesięcznych świadczeń z tytułu *Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW* nie może przekroczyć 100% *Sumy Ubezpieczenia* z tego tytułu, włączając świadczenia już wypłacone.
6. Jeżeli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* opisane w ustępach 2, 3, 4 i 5 powyżej nastąpi w *Miesiącu Ochrony Ubezpieczeniowej*, to *Świadczenie Ubezpieczeniowe* należne z tytułu danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego* jest wypłacane w pierwszej kolejności *Ubezpieczającemu*, za uprzednią zgodą *Ubezpieczonego*, na poczet wszelkich należności *Ubezpieczonego* w stosunku do *Ubezpieczającego* wynikających z *Umowy o Świadczenie Usług Telekomunikacyjnych*, ale nie więcej niż wysokość *Sumy Ubezpieczenia*. Jeżeli *Świadczenie Ubezpieczeniowe* jest większe niż wyżej wymienione należności, pozostała część *Świadczenia Ubezpieczeniowego* zostanie wypłacona *Uposażonemu* (w przypadku *Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW*) lub *Ubezpieczonemu* (w pozostałych przypadkach). *Towarzystwo* zawiadomi *Ubezpieczającego* o wysokości *Świadczenia Ubezpieczeniowego* należnego z tytułu danego *Zdarzenia ubezpieczeniowego*. *Ubezpieczający* zobowiązany jest w terminie 3 dni roboczych, licząc od daty otrzymania tego zawiadomienia, poinformować *Towarzystwo* o wysokości wymaganych należności *Ubezpieczonego* wobec *Ubezpieczającego*. W razie braku odpowiedzi ze strony *Ubezpieczającego* w powyższym terminie *Świadczenie Ubezpieczeniowe* wypłacone jest *Uposażonemu* (w przypadku *Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW*) lub *Ubezpieczonemu* (w pozostałych przypadkach).
7. Wypłata *Świadczeń Ubezpieczeniowych* przewidzianych niniejszymi *SWU* nastąpi z zastrzeżeniem postanowień zawartych w artykule 9 Wyłączenia odpowiedzialności *Towarzystwa*.

ARTYKUŁ 8. ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność *Towarzystwa* w stosunku do *Ubezpieczonego* rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami artykułu 5.
2. Odpowiedzialność *Towarzystwa* i obowiązek *Ubezpieczającego* do zapłaty *Składek* w stosunku do danego *Ubezpieczonego* wygasa w przypadku zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z upływem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, za który została zapłacona ostatnia *Składka* przed utratą przez *Ubezpieczonego* statusu *Abonenta*,
 - b) z upływem okresu, na który została zawarta *Umowa Ubezpieczenia z Ubezpieczającym*, o ile nie zostanie zawarta na kolejny roczny okres,
 - c) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, w którym nastąpiło rozwiązanie *Umowy Ubezpieczenia* wskutek wypowiedzenia przez *Ubezpieczającego*,
 - d) w przypadku złożenia przez *Ubezpieczonego* oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia – z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu,
 - e) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej* – po zgłoszeniu przez *Ubezpieczonego Ubezpieczającemu* rezygnacji z ubezpieczenia,
 - f) z chwilą śmierci *Ubezpieczonego*, z zastrzeżeniem postanowień co do odpowiedzialności *Towarzystwa* w związku ze śmiercią *Ubezpieczonego* objętych niniejszymi *SWU*,
 - g) w przypadku niezapłacenia *Składki* przez *Ubezpieczającego* za danego *Ubezpieczonego*, zgodnie z artykułem 6 ustęp 5,
 - h) z końcem *Miesiąca Ochrony Ubezpieczeniowej*, w którym *Ubezpieczony* ukończył 65. rok życia,
 - i) *Ubezpieczony* został w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej uznany za niepoczytalnego – z chwilą powstania stanu *Niepoczytalności*,

- j) w przypadku wypłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych opisanych w artykule 7 ustęp 1 i 2 lub powstania obowiązku wypłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych opisanych w artykule 7 ustęp 4 i 5.

ARTYKUŁ 9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

WAŻNE: Prosimy o zwrócenie szczególnej uwagi na przypadki, w których Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.



- Umowa Ubezpieczenia nie obejmuje śmierci lub Trwałej Niezdolności do pracy lub Czasowej Niezdolności do pracy spowodowanych bądź wynikających z:
 - samobójstwa lub próby samobójstwa popełnionych niezależnie od stanu poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony,
 - samookaleczenia popełnionego niezależnie od stanu poczytalności,
 - Choroby lub niepełnosprawności, które wystąpiły lub były leczone w okresie 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia się ubezpieczenia i które były przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem,
 - wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - popelnienia lub próby popelnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym,
 - przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych substancji w momencie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli pozostawanie pod wpływem takich substancji było przyczyną danego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych sklasyfikowanych w ICD-10 w pozycjach od F1 do F99,
 - nieprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.
- Dodatkowo Świadczenie Ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpiła wskutek:
 - zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub zaburzeń nerwicowych sklasyfikowanych w ICD-10 w pozycjach od F1 do F99,
 - nieprawności stwierdzonej przez Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć niepotwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi,
 - bólów pleców, krzyża i schorzeń powiązanych, chyba że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenia.
- Towarzystwo odmówi spełnienia świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek NW oraz Śmierci Ubezpieczonego wskutek NW, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego powstały w wyniku:
 - choroby, niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania sklasyfikowanych w ICD-10 w pozycjach od F1 do F99 oraz medycznych lub chirurgicznych skutków ich leczenia, lumbago, rwy kulszowej, zwyrodnienia kręgosłupa, dyskopatii, kręgozmyku, przepukliny krążka miazdżystego, przepukliny, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, leków, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza, narkotyków lub innych substancji toksycznych,
 - jazdy motocyklem o pojemności silnika powyżej 50 cm³,
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności albo jako skutek celowego działania osób trzecich,
 - zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - Wojny, strajków albo w wyniku obrażeń odniesionych na skutek uśmierzania popelnienia lub popelnienia przestępstwa, umyślnego udziału w innym czynnie zabronionym lub stawiania oporu podczas aresztowania lub zatrzymania, albo w wyniku aktów terroryzmu,
 - pełnienia służby policyjnej lub wojskowej, bądź w jednostce pomocniczej lub cywilnej działającej w strukturach armii, albo w wyniku wykonywania pracy strażaka, strażnika gminnego (miejskiego), funkcjonariusza Straży Granicznej lub pełnienia służby w Ochotniczej Straży Pożarnej,
 - Zawodowego i wyczynowego uprawiania sportu,
 - wykonywania jednej z wymienionych czynności: wspinaczka, skoki spadochronowe, loty szybowcowe, paralotniarstwo, nurkowanie, speleologia, sporty walki, sporty motorowe i motorowodne, rajdy samochodowe, rajdy motocyklowe, jazda motocyklem poza drogami w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym,
 - uczestnictwa w Zawodach z użyciem pojazdów kołowych, zawodach z użyciem łodzi lub nart wodnych lub zawodach konnych,
 - podróży jakimkolwiek statkiem powietrznym w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem Pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

ARTYKUŁ 10. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

- Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za każdego Ubezpieczonego w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia i Polisie.
- Ubezpieczający obowiązany jest do wykonania względem Abonenta obowiązków informacyjnych zgodnie z art. 39 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz.U z 2014 r. poz. 827), a w przypadku zmiany tegoż przepisu, zgodnie z przepisem odpowiadającym art. 39, o którym mowa wcześniej.
- Ubezpieczający zobowiązany jest potwierdzić Abonentowi na piśmie (lub innym trwałą nośniku) informację, o których mowa w ustępie 2, niezwłocznie po przystąpieniu Abonenta do Umowy Ubezpieczenia. Informacje, o których mowa w ustępie 2, zostaną zawarte w Potwierdzeniu przystąpienia do ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Abonenta o przysługującym mu prawie do odstąpienia od ubezpieczenia bez podawania przyczyn.
- Na żądanie Ubezpieczonego, w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia (w czasie której Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową), Ubezpieczający zobowiązany jest potwierdzić Ubezpieczonemu treść umowy (warunków) przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia.

ARTYKUŁ 11. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

WAŻNE: Uposażonego może być dowolna osoba. Uposażonego wskazuje Ubezpieczony. Aby to uczynić, prosimy o podanie:

- imięcia i nazwiska Ubezpieczonego oraz jego nr. PESEL wraz z kopią dokumentu tożsamości Ubezpieczonego (np. dowodu osobistego, paszportu),
 - nr. Umowy Ubezpieczenia (8970),
 - nazwy Ubezpieczającego (PLAY),
 - imion i nazwisk Uposażonych wraz z ich nr. PESEL, danymi kontaktowymi (adres, numer telefonu) oraz określeniem udziału procentowego.
- Pod oświadczeniem o wskazaniu Uposażonego musi podpisać się Ubezpieczony.
Świadczenie wypłacone na podstawie Umowy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie podlega podatkowi od spadków i darowizn.



- Ubezpieczony ma prawo wskazać co najmniej jednego Uposażonego uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, z uwzględnieniem postanowień artykułu 7 ustępu 1 i 6.
- Uposażony może być wskazany podczas rozmowy, o której mowa w artykule 5 ustęp 2 lit. a).
- Ubezpieczony może także wskazać Uposażonych w dowolnym czasie poprzez złożenie do Towarzystwa formularza wskazania Uposażonych. Do formularza tego powinna zostać załączona kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego.
- Zmiany Uposażonego lub jego wskazania można dokonywać listownie, wysyłając formularz zmiany lub wskazania Uposażonego na podany za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa adres Towarzystwa.
- Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, określa procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego, z dokładnością do 1%. Natomiast, jeżeli udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, wysokość udziałów ustala się proporcjonalnie do wyznaczonych przez Ubezpieczonego udziałów tak, aby wszystkie udziały sumowały się do 100%. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego, przyjmuje się, że wszystkie udziały są równe.
- Ubezpieczony może w każdym czasie wskazać, zmienić lub odwołać Uposażonego w sposób określony w ustępach 3 i 4.
- Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazany Uposażony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia Ubezpieczeniowego, świadczenie to spełniane jest na rzecz pozostałych żyjących Uposażonych proporcjonalnie do przypadających im udziałów.

8. Świadczenie Ubezpieczeniowe nie przysługuje *Upoząsonemu* w przypadku umyślnego przyczynienia się do śmierci *Ubezpieczonego*. W takim przypadku świadczenie jemu przysługujące spełniane jest na rzecz pozostałych osób uprawnionych do świadczenia proporcjonalnie do przypadających im udziałów.

ARTYKUŁ 12. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. *Zdarzenie ubezpieczeniowe* należy zgłosić za pośrednictwem *Infolinii Towarzystwa* lub pisemnie do *Agenta do spraw Roszczeń*.

WYJAŚNIENIE: W sprawie wypłaty świadczenia można się zwrócić do Towarzystwa w jeden z poniższych sposobów:

- **telefonicznie** – za pośrednictwem Infolinii Towarzystwa – tel. +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora)
 - **korespondencyjnie** – wysyłając wypełniony formularz roszczeniowy lub pisemny wniosek zawierający dane wskazane na formularzu wraz z wymaganą dokumentacją do Agenta do spraw Roszczeń na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom.
- Formularz dostępny jest także na stronie internetowej Ubezpieczającego i Towarzystwa.



2. Przy przyjęciu zgłoszenia zgłaszający roszczenie zostaje poinformowany:
- a) o wymaganych dokumentach oraz o sposobie ich złożenia,
 - b) o konieczności przesłania wymaganych dokumentów do *Towarzystwa*.
3. W celu ustalenia prawa osoby zgłaszającej roszczenie do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* niezbędne jest przedłożenie *Towarzystwu* dokumentów określonych poniżej:
- a) w przypadku śmierci *Ubezpieczonego* osoba uprawniona do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* składa:
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu *Ubezpieczonego*,
 - wniosek o wypłatę świadczenia na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopię statystycznej karty zgonu lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu,
 - kopię dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do *Świadczenia Ubezpieczeniowego*;
 - b) w przypadku *Trwałej niezdolności do pracy* wskutek *NW* lub *Choroby Ubezpieczonego* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i *Trwałej niezdolności do pracy*, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
 - kopię dowodu aktywności zawodowej *Ubezpieczonego* w dniu *Zdarzenia ubezpieczeniowego*, które spowodowało *Trwałą niezdolność do pracy*,
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Trwałej niezdolności do pracy*,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego Wypadku*,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - c) w przypadku *Czasowej niezdolności do pracy* wskutek *NW* lub *Choroby Ubezpieczonego* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę *Czasowej niezdolności do pracy*,
 - kopię zwolnienia lekarskiego lub orzeczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego *Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego*,
 - kopię dokumentacji potwierdzającej prowadzenie przez *Ubezpieczonego* w dniu rozpoczęcia *Czasowej niezdolności do pracy* działalności gospodarczej lub uzyskiwania dochodu z tytułu stosunku pracy lub innego stosunku prawnego,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce na skutek *Nieszczęśliwego Wypadku*,
 - kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce w pracy,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - d) w przypadku *Trwałego Inwalidztwa wskutek NW Ubezpieczonego* składa:
 - wniosek o wypłatę świadczenia na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię dokumentacji medycznej opisującej doznane obrażenia oraz zastosowane leczenie,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile *Ubezpieczony* jest w ich posiadaniu lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków przy pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości *Ubezpieczonego*;
 - e) w przypadku *Śmierci wskutek NW Ubezpieczonego* osoba uprawniona do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* składa:
 - odpis skrócony aktu zgonu *Ubezpieczonego* w oryginale lub kopię potwierdzoną notarialnie,
 - wniosek o wypłatę świadczenia na formularzu *Towarzystwa* lub w formie pisemnego wniosku zawierającego dane wskazane na formularzu *Towarzystwa*,
 - kopię zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu *Ubezpieczonego* lub kopię statystycznej karty zgonu, lub jakiegokolwiek dokumentu medycznego potwierdzającego przyczynę zgonu, w tym wynik sekcji zwłok, jeżeli była ona przeprowadzona,
 - kopię protokołu powypadkowego policji, dokumentacji z prokuratury i sądu, o ile osoba uprawniona do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* jest w ich posiadaniu, lub nazwę i adres placówki prowadzącej sprawę, o ile taka sprawa była prowadzona,
 - w przypadku wypadków w pracy – kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę,
 - kopię dokumentu tożsamości każdej osoby uprawnionej do *Świadczenia Ubezpieczeniowego*.
4. Jeżeli *Zdarzenie ubezpieczeniowe* miało miejsce poza granicami Polski, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana do przedstawienia kopii dokumentacji medycznej dotyczącej *Zdarzenia ubezpieczeniowego* oraz jego okoliczności przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.

WAŻNE: W celu rozpatrzenia roszczenia wymagane jest złożenie dokumentacji roszczeniowej przetłumaczonej na język polski przez tłumacza przysięgłego.



5. W przypadku niekompletności lub wątpliwości co do poprawności informacji zawartych w dokumentacji *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę zgłaszającą roszczenie oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów, w tym także do weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS.
6. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *Ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *Towarzystwo* w celu ustalenia zasadności i wysokości świadczenia odpowiadającego warunkom *SWU*. *Ubezpieczony* jest zobowiązany na koszt *Towarzystwa* poddawać się w trakcie postępowania roszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią *SWU*. *Świadczenia Ubezpieczeniowe* należne z tytułu *Umowy Ubezpieczenia* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo kieruje *Ubezpieczonego* na bezpłatne badania medyczne w sytuacjach, gdy przedłożona przez Klienta dokumentacja roszczeniowa jest niewystarczająca do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Badania te są wykonywane we współpracującej z Towarzystwem placówce medycznej najbliższej miejsca zamieszkania *Ubezpieczonego*.



7. *Towarzystwo* zastrzega sobie prawo do występowania z wnioskami do policji, prokuratury, sądów, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności *Zdarzenia ubezpieczeniowego* celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo może zwrócić się z prośbą do placówek medycznych i organów administracji publicznej o dodatkowe informacje, o czym każdorazowo poinformuje osobę uprawnioną do świadczenia.



8. *Towarzystwo* zobowiązuje się spełnić *Świadczenie Ubezpieczeniowe* w terminie nie dłuższym niż 30 dni, licząc od daty otrzymania przez *Towarzystwo* zawiadomienia o wystąpieniu *Zdarzenia Ubezpieczeniowego*.
9. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności *Towarzystwa* albo wysokości *Świadczenia Ubezpieczeniowego* okazało się niemożliwe, *Świadczenie Ubezpieczeniowe* powinno być spełnione w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności

Pewne Rachunki

wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część *Świadczenia Ubezpieczeniowego Towarzystwo* powinno spełnić w 30-dniowym terminie wskazanym powyżej.

- Jeżeli *Świadczenie Ubezpieczeniowe* nie przysługuje, *Towarzystwo* powiadamia pisemnie osoby uprawnione o odmowie przyznania *Świadczenia Ubezpieczeniowego*, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy w terminach określonych w ustępach poprzedzających.

ARTYKUŁ 13. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

- Ubezpieczający* jest uprawniony do odstąpienia od *Umowy Ubezpieczenia* w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
- Umowa Ubezpieczenia* może zostać wypowiedziana przez *Ubezpieczającego* na piśmie w każdym czasie jej obowiązywania, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypowiedzenie zostało złożone.

ARTYKUŁ 14. REKLAMACJE

- Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony* lub uprawniony z *Umowy Ubezpieczenia* może złożyć *Reklamację*:
 - pisemnie na adres: MetLife TUnZiR S.A., Skrytka pocztowa nr 25, 26-614 Radom,
 - elektronicznie na adres e-mail: lifeinfo@metlife.pl,
 - telefonicznie pod numerem +48 791 100 410 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
 - osobiście w siedzibie *Towarzystwa*.
- Każda *Reklamacja* złożona zgodnie z punktem 1 rozpatrywana będzie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od daty jej otrzymania.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie *Reklamacji* i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w punkcie 2, odpowiedź będzie przesłana nie później niż w terminie 60 dni od daty otrzymania *Reklamacji*. W takim przypadku *Towarzystwo* poinformuje niezwłocznie składającego *Reklamację* o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które dodatkowo muszą zostać ustalone oraz przewidywanym czasie udzielenia odpowiedzi.

WYJAŚNIENIE: Skomplikowane przypadki to takie, w których zaistnieje konieczność ustalenia dodatkowych okoliczności i zebrania brakujących informacji niezbędnych dla rozpatrzenia *Reklamacji*.



- O ile składający *Reklamację* nie złoży wniosku o dostarczenie odpowiedzi pocztą elektroniczną na wskazany adres e-mail, odpowiedź na *Reklamację* zostanie udzielona przez *Towarzystwo* w formie pisemnej, niezależnie od sposobu zgłoszenia *Reklamacji*.
- „Polityka rozpatrywania reklamacji MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A.” zamieszczona jest na stronie internetowej *Towarzystwa* (www.metlife.pl).
- Osoba fizyczna będąca *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym* lub uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia* może zwrócić się w sprawie *Reklamacji* do Rzecznika Finansowego lub o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.

ARTYKUŁ 15. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszelkie oświadczenia *Towarzystwa* i *Ubezpieczającego* dotyczące *Umowy Ubezpieczenia* będą sporządzane w formie pisemnej i doręczane na ostatni znany adres drugiej *Strony* za potwierdzeniem odbioru.
- Jeżeli *Strony* wyrażą pisemną zgodę, postanowienia dodatkowe lub odmienne od zawartych w *SWU* mogą zostać włączone do *Umowy Ubezpieczenia*.
- Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* wymaga porozumienia *Stron* i formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- Zmiana *Umowy Ubezpieczenia* na niekorzyść *Ubezpieczonego* lub osoby uprawnionej do *Świadczenia Ubezpieczeniowego* wymaga zgody *Ubezpieczonego*.
- Ubezpieczający* zobowiązany jest do przekazania *Ubezpieczonemu* na piśmie informacji o zmianie *Umowy Ubezpieczenia* wraz z określeniem wpływu tej zmiany na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartego ubezpieczenia przed wyrażeniem przez *Ubezpieczającego* zgody na zmianę *Umowy Ubezpieczenia*.
- W przypadku nieprzekazania *Ubezpieczonemu* informacji, o których mowa w ustępie 5 niniejszego artykułu i zgodnie z tym ustępem, *Ubezpieczający* ponosi wobec *Ubezpieczonego* odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
- Wszelkie spory mogące wyniknąć z *Umowy Ubezpieczenia* lub z nią związane pomiędzy *Towarzystwem* a *Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym*, uprawnionym z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercą *Ubezpieczonego* lub spadkobiercą uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia* będą rozstrzygane albo przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby *Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego*, uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*, spadkobiercy *Ubezpieczonego* lub spadkobiercy uprawnionego z *Umowy Ubezpieczenia*.
- Z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w przypadku sprzeczności pomiędzy postanowieniami niniejszych *SWU* a postanowieniami *Potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia*, rozstrzygają postanowienia tego ostatniego.
- W sprawach nieuregulowanych w *SWU* mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- Działalność *Towarzystwa* podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Roczne sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej *Towarzystwa* publikowane są na stronie internetowej *Towarzystwa* po zakończeniu roku sprawozdawczego.

WYJAŚNIENIE: Towarzystwo opublikuje sprawozdania na stronie internetowej od 2017 roku.



- Wszelkie podatki związane z *Umową Ubezpieczenia* powinny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem podatkowym obowiązującym w dniu powstania obowiązku podatkowego. W dacie zawarcia *Umowy Ubezpieczenia* są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2014 r. poz. 851 j.t. z późn. zm.).
- Prawem właściwym dla *Umowy Ubezpieczenia* jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- W relacjach z *Ubezpieczonym* zastosowanie ma język polski.
- W przypadkach i w zakresie określonym w art. 98 ust. 2 pkt 2 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 392 z późn. zm.) świadczenia z tytułu umów ubezpieczenia na życie mogą być zaspokojone ze środków Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego.

Warszawa, 29 marca 2016 roku

Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

A. USZKODZENIA GŁOWY

	% inwalidztwa
1. Uszkodzenia skóry, powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych), wymagające zaopatrzenia chirurgicznego (szwy itp.):	
a) blizny skóry w zależności od łącznego rozmiaru:	1-5
i) powyżej 5 cm do 8 cm	1-3
ii) powyżej 8 cm do 10 cm	4-5
iii) powyżej 10 cm	5
iv) blizny poparzeniowe w stopniu IIB i III lub inne blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ²	1-5
b) oskalpowanie – w zależności od powierzchni ubytku skóry owłosionej – za każde 2 cm ² ubytku skóry owłosionej 1%	1-15

Uwaga:

W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać wg pkt 1a.

2. Ubytek w kościach czaszki (pourazowa strata tkanki kostnej na całej jej grubości):	
i) na powierzchni większej od 1 cm ² do 10 cm ²	1-9
ii) na powierzchni większej od 11 cm ² do 50 cm ²	10-19
iii) na powierzchni większej od 50 cm ²	20-30

Uwaga:

Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wielkość trwałego inwalidztwa, ocenioną wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę.

Jeżeli przy ubytkach kości czaszki (pkt 2) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (pkt 1), należy osobno oceniać stopień inwalidztwa za uszkodzenia lub ubytki kości wg pkt 2 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg pkt 1.

3. Porażenia i niedowłady pochodzenia ośrodkowego (uwzględniając skalę Lovett'a i/lub skalę Ashworth'a):	
a) porażenie połowicze, porażenie lub niedowład bardzo dużego stopnia kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovett'a lub 5° według skali Ashworth'a)	100
b) dużego stopnia niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° według skali Lovett'a lub 4° według skali Ashworth'a)	80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3° według skali Lovett'a lub 3° według skali Ashworth'a)	50
d) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (4° według skali Lovett'a lub 2° według skali Ashworth'a)	25
e) niedowład kończyny górnej bez niedowładu kończyny dolnej (prawa/lewa):	
I. Lovett 0°-1°, Ashworth 5°	60 / 50
II. Lovett 2°, Ashworth 4°	45 / 40
III. Lovett 3°, Ashworth 3°	30 / 25
IV. Lovett 4°, Ashworth 2°	15 / 13
f) niedowład kończyny dolnej bez niedowładu kończyny górnej:	
I. Lovett 0°-1°, Ashworth 5°	60
II. Lovett 2°, Ashworth 4°	45
III. Lovett 3°, Ashworth 3°	30
IV. Lovett 4°, Ashworth 2°	15

Uwaga:

W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego należy oceniać dodatkowo wg pkt 8, uwzględniając, że całkowite inwalidztwo z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.

W przypadku różnicy w nasileniu niedowładów pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg pkt 3e i 3f oddzielnie dla każdej kończyny. Przyjęte wielkości procentowe po stronie prawej obowiązują dla strony dominującej.

4. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki drugiej osoby	100
b) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju, uniemożliwiający jakąkolwiek pracę	60
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, wymagający stałego leczenia	30
d) zaznaczony zespół pozapiramidowy wymagający stałego leczenia	10

Uwaga:

Rozpoznanie zespołu pozapiramidowego udokumentowane szpitalnie, powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym oraz zmianami w obrazie TK (CT) lub RM (NMR), a także orzeczeniem o niezdolności do jakiejkolwiek pracy lub samodzielnej egzystencji.

5. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielną egzystencję	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie, uniemożliwiające jakąkolwiek pracę	60
c) utrudniające w umiarkowanym stopniu chodzenie	20
d) dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	10

Uwaga:

Rozpoznanie zespołu mózdkowego udokumentowane ambulatoryjnie i szpitalnie powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym, oraz orzeczeniem o niezdolności do jakiejkolwiek pracy (dotyczy pkt b) lub samodzielnej egzystencji (dotyczy pkt a) oraz zmianami w obrazie TK (CT) lub RM (NMR).

6. Padaczka jednoznacznie rozpoznana jako pourazowa, leczona farmakologicznie, jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatją, ośpieniem, uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	100
b) padaczka z zaburzeniami psychicznymi, zmianami ośpiennymi, uniemożliwiająca wykonywanie jakiejkolwiek pracy	60
c) padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 2 napady w tygodniu i więcej	40
d) padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc	30
e) padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	20
f) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	10

Uwaga:

Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, powtarzające się napady, typowe zmiany w zapisie EEG, dokumentacja ambulatoryjna i szpitalna potwierdzająca rozpoznanie. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania inwalidztwa. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.

7. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne skutkujące trwałą niezdolnością do samodzielnej egzystencji	100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami psychicznymi, charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym trwale uniemożliwiająca jakąkolwiek pracę	60

Uwaga:

Rozpoznanie encefalopatii udokumentowane szpitalnie, powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w badaniu neurologicznym i psychiatrycznym oraz orzeczeniem o niezdolności do jakiejkolwiek pracy (dotyczy pkt b) lub samodzielnej egzystencji (dotyczy pkt a) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).

8. Zaburzenia mowy – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40
d) umiarkowana afazja, w niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20
e) afazja nieznaczniejszego stopnia, dyskretnie zaburzenia	10
9. Zespoły podwzgórzowe o potwierdzonej etiologii pourazowej (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne trwałe zaburzenia wewnętrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego) – ocena po minimum 12 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) znacznie upośledzające czynności ustroju	30-60
b) nieznacznie upośledzające czynności ustroju	15-29

10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchomych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący) – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
b) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
c) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-19
d) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20-30
11. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) gałąź V1 – nerw oczny	1-5
b) gałąź V2 – nerw szczękowy	1-5
c) gałąź V3 – nerw żuchwowy	1-5
12. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego w zależności od stopnia uszkodzenia – ocena po minimum 6 miesiącach udokumentowanego ciągłego leczenia:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10
d) uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z jednostronnym pęknięciem kości skalistej – ocena wg pkt a, b lub c powiększona o	5
e) uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z obustronnym uszkodzeniem kości skalistej – ocena wg pkt a, b lub c powiększona o	10
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	3-10
b) średniego stopnia	11-25
c) dużego stopnia	26-40
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) po stronie prawej (dominującej):	
i) częściowe	3
ii) całkowite	10
b) po stronie lewej:	
i) częściowe	2
ii) całkowite	7
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) częściowe	5
b) całkowite	15

B. USZKODZENIA TWARZY

	% inwalidztwa
16. Uszkodzenie powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) blizny skóry widoczne, szpecące, w zależności od łącznego rozmiaru:	
i) powyżej 3 cm do 5 cm	1-15
ii) powyżej 5 cm do 9 cm	1-2
iii) powyżej 9 cm do 13 cm	3-6
iv) powyżej 13 cm do 17 cm	7-10
v) powyżej 17 cm	11-14
vi) blizny poparzeniowe w stopniu IIB i III lub inne blizny nielinijne na powierzchni większej niż 1 cm ²	15
b) oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	1-5
c) oszpecenie połączone z umiarkowanymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	6-15
d) oszpecenie połączone ze znacznymi zaburzeniami funkcji, nieujęty w innych punktach niniejszej tabeli, w zależności od rozmiarów blizn (ocena wg pkt 16a) oraz stopnia zaburzeń funkcji – dodatkowo	16-25
17. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń drożności nosa i oddychania – w zależności od rozległości uszkodzenia	2-4
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami drożności nosa i oddychania utrzymujące się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-15
c) utrata nosa w całości (łącznie z kością nosową)	30

Uwaga:

Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa, należy oceniać dodatkowo wg pkt 16.

18. Utrata zębów – co najmniej 1/2 korony:	
a) utrata stałych siekaczy i kłów – za każdy ząb	1
b) utrata pozostałych zębów stałych – za każdy ząb – począwszy od dwóch	1
19. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:	
a) niewielkiego stopnia	1-3
b) średniego stopnia	4-7
c) znacznego stopnia	8-10

Uwaga:

W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg pkt 10.

W przypadku zaburzeń ostrości wzroku należy oceniać dodatkowo według Tabeli ostrości wzroku, pkt 24.

W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu.

Jeżeli uszkodzeniu kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie, oceniać jedynie wg pkt 16.

W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo wg pkt 20.

20. Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
21. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
a) częściowa	25
b) całkowita	50
22. Ubytek podniebienia:	
a) powyżej 2 cm ² , bez zaburzeń mowy i połykania	2
b) powyżej 2 cm ² , z niewielkimi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10
c) powyżej 2 cm ² , z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	30
23. Urazy języka, w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, zaburzeń mowy, trudności połykania:	
a) ubytki i zniekształcenia nieznacznie upośledzające odżywianie i mowę	1-5
b) ubytki i zniekształcenia znacznie upośledzające odżywianie i mowę	6-15
c) całkowita utrata języka	60

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

	% inwalidztwa
24. Utrata lub upośledzenie wzroku:	
a) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem, utratą gałki ocznej	40
b) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwałe inwalidztwo określa się według następującej tabeli (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem):	

TABELA OSTROŚCI WZROKU

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

Uwaga:

Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji optycznej, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

25. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:	
a) jednego oka	15
b) obu oczu	30
26. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) rozdarcie naczyniówki jednego oka	wg Tabeli
b) zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	ostrości wzroku
c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka	
d) zanik nerwu wzrokowego	
27. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:	
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	wg Tabeli
b) zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	ostrości wzroku
c) ciało obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku	
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg Tabeli
29. Koncentryczne zwięźnienie pola widzenia ocenia się wg niżej podanej tabeli (łącznie % inwalidztwa):	

TABELA KONCENTRYCZNEGO ZWĘŻENIA POLA WIDZENIA

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku (w %)	W obu oczach (w %)	Przy ślepcie drugiego oka (w %)
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
poniżej 10°	35	95	100

30. Połowiczne niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	50
b) dwunosowe	25
c) jednoimienne	25
d) jednooczne ubytki pola widzenia	5
31. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy urazowej:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30
32. Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczęciem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej – ocena wg Tabeli ostrości wzroku, ale w granicach procentu inwalidztwa:	
a) w jednym oku	15-35
b) w obu oczach	30-100
33. Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po wyczerpaniu możliwości leczenia:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	10
34. Odwarstwienie siatkówki jednego oka, jeśli występuje po urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku i Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia. Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.	
35. Jaskra wtórna zdiagnozowana jako pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg Tabeli ostrości wzroku oraz Tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia, z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego inwalidztwa nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oba oczy	
36. Zaćma pourazowa – ocena wg Tabeli ostrości wzroku po zakończeniu leczenia, w tym operacyjnego	
37. Przewlekłe zapalenie spojówek o etiologii urazowej, w zależności od nasilenia:	
a) niewielkie zmiany	2
b) duże zmiany: blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek, z potwierdzonym leczeniem minimum 6-miesięcznym	5

Uwaga:

Suma orzeczonego inwalidztwa z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości inwalidztwa przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać wg pkt 16.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

	% inwalidztwa
38. Pourazowe upośledzenie ostrości słuchu. Ocena ostrości słuchu (procent trwałego inwalidztwa) na podstawie niżej podanej tabeli:	

TABELA OSTROŚCI SŁUCHU

		Ucho prawe			
		0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	pow. 70 dB
Ucho lewe	0 - 25 dB	0	5	10	20
	26 - 40 dB	5	15	20	30
	41 - 70 dB	10	20	30	40
	pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga:

Ostrość słuchu określa się badaniem audiometrycznym, po zakończeniu leczenia.

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

39. Urazy małżowiny usznej:	
a) blizna małżowiny powyżej 3 cm	1
b) zniekształcenie pourazowe małżowiny lub utrata do 1/3 jej powierzchni	4
c) zniekształcenie pourazowe małżowiny lub jej utrata powyżej 1/2 powierzchni	8
d) utrata jednej małżowiny	15
e) utrata obu małżowin	25
40. Zwężenie lub zarosnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z niedosłuchem	wg Tabeli ostrości słuchu
41. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, w tym powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia powikłań:	
a) jednostronne	5
b) dwustronne	10
42. Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg Tabeli ostrości słuchu
43. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	wg Tabeli ostrości słuchu
a) z uszkodzeniem części słuchowej	
b) z nieznacznym uszkodzeniem części statycznej – okresowe zaburzenia równowagi, z nieznacznym lub umiarkowanym utrudnieniem chodu	5-20
c) ze znacznym uszkodzeniem części statycznej – stałe zaburzenia równowagi, ze znacznym utrudnieniem chodu	21-50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – ocena wg Tabeli ostrości słuchu, zwiększając stopień inwalidztwa wg pkt 43 b) lub 43 c)	

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

	% inwalidztwa
44. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji	5-10
45. Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawicznej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
46. Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawicznej:	
a) z zaburzeniami głosu w zależności od stopnia	35-59
b) z całkowitym bezgłosem	60
47. Uszkodzenia tchawicy ze zwężeniem jej światła, w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1-10
b) z niewielką dusznością wysiłkową	11-20
c) ze znaczną dusznością wysiłkową	21-39
d) z dusznością spoczynkową	40
48. Uszkodzenia przełyku:	
a) w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, niewymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	5-20
b) w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, ocenione po zabiegach rekonstrukcyjnych	5-50
c) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki itp. – ocena wg pkt 48 b), zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia powikłań o	10-30
49. Uszkodzenia tkanek miękkich – blizny skóry, uszkodzenia mięśni w zależności od łącznego rozmiaru blizn i ruchomości szyi:	
a) blizny skórne, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru blizn:	
i) powyżej 5 cm do 8 cm	1
ii) powyżej 8 cm do 11 cm	2

iii) powyżej 11 cm	3
iv) blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ²	1-3
b) blizny skóry, uszkodzenia mięśni z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi – ocena wg pkt 78 zwiększając procent inwalidztwa w zależności od rozmiaru blizn określonego w pkt a)	

Uwaga:

Zakresy ruchomości kręgosłupa szyjnego: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.

Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg pkt 78.

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

Przy ocenie wg pkt 50, 53 i 55 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku, gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, inwalidztwo, wynikające ze stopnia niewydolności oddechowej, ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów.

	% inwalidztwa
50. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia upośledzenia oddychania oraz zniekształcenia lub ubytków mięśni	1-5
51. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet:	
a) częściowa utrata brodawki:	
i) do 45 roku życia	4
ii) po 45 roku życia	2
b) całkowita utrata brodawki:	
i) do 45 roku życia	8
ii) po 45 roku życia	4
c) częściowa utrata sutka w zależności od wielkości ubytku:	
i) do 45 roku życia	5-14
ii) po 45 roku życia	3-11
d) całkowita utrata sutka:	
i) do 45 roku życia	15
ii) po 45 roku życia	12
e) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać według powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10
52. Utrata sutka u mężczyzny	2
53. Złamania żeber z ograniczeniem wydolności oddechowej:	
a) z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	1-8
b) ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	9-13
c) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	14-25

Uwaga:

Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 55.

54. Złamanie mostka:	
a) ze zniekształceniem	2
b) ze zniekształceniem i wzrostem w przemieszczeniu	5
55. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie i/lub ubytki tkanki płucnej):	
a) z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	1-8
b) ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	9-13
c) ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	14-25
d) ciężka niewydolność oddechowa spełniająca łącznie następujące warunki: wynik FEV1 < 1 litr, konieczność stosowania przewlekłej terapii tlenem z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii); wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdzający ciśnienie tlenu mniej niż 55 mm Hg (PaO ₂ równe lub mniej niż 55 mm Hg); występowanie duszności spoczynkowej	40

STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych,
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych,
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

56. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5

b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90

Uwaga:

Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO:**Klasa I.**

Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II.

Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa III.

Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa IV.

Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY

Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ

MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

57. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodów pokarmowych, oddychania i krążenia utrzymujących się mimo leczenia operacyjnego – ocena wg odpowiednich pozycji w rozdziałach: F, G	
---	--

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	% inwalidztwa
58. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki itp.) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej, po wyczerpaniu możliwości leczenia	1-15

Uwaga:

Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane porażeniem uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., które uwiarydliły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznane za porażowe.

59. Uszkodzenia żołądka, jelit, krezki jelita i sieci:	
a) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	6-10
b) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	11-40
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
60. Stałe przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od możliwości skutecznego zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30-70
b) jelita grubego	20-50
61. Uszkodzenia okolicy odbytu, zwieracza odbytu – po wyczerpaniu możliwości leczenia:	
a) blizny, zwężenia odbytu, niewielkie dolegliwości	1-5
b) uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące częściowe nietrzymanie gazów i stolca	10-20
c) uszkodzenia zwieracza odbytu powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50

62. Utrata śledziony:	
a) utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
b) utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
63. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, leczone operacyjnie, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

Uwaga:

Przetoki trzustkowe oceniać według: ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg pkt 63 b-d.

Przetoki żółciowe oceniać według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg pkt 63 b-d.

Zwężenia dróg żółciowych orzekać według częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg pkt 63 b-d.

KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych

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

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

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

	% inwalidztwa
64. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	5-25
65. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	25
66. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	30-75
67. Uszkodzenie moczowodu:	
a) zwężenie moczowodu mimo leczenia, bez zaburzeń układu moczowego	5-9
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	10-15
68. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5-15
b) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
69. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
70. Pourazowe zwężenie cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
c) z nietrzymaniem i zaleganiem moczu i powikłaniami	41-50
71. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:	
a) uszkodzenie lub częściowa utrata	1-30
b) utrata całkowita prącia	40
72. Uszkodzenie lub częściowa utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) w wieku do 45 roku życia	2-20
b) w wieku po 45 roku życia	1-10

73. Utrata obu jąder lub jajników:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	20
74. Pourazowy wodniak jądra – w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	1-10
75. Utrata macicy:	
a) w wieku do 45 lat	40
b) w wieku powyżej 45 lat	15
76. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków, prowadzące do rozległych ubytków tkanek i deformacji	1-5
77. Oparzenia ciała w stopniu IIB i III:	
a) skóra owłosiona głowy: wg pkt 1a) iv)	
b) twarz: wg pkt 16	
c) szyja: wg pkt 49	
d) krocze: blizny nieliniarne na powierzchni większej niż 2 cm ²	1-5

Uwaga:

Blizny pooparzeniowe należy oceniać najwcześniej po 3 miesiącach od daty zdarzenia. Rozmiary blizn należy podać w cm².

I. URAZY KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA**KRĘGOSŁUP SZYJNIY**

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może przekroczyć 45%.

	% inwalidztwa
78. Ograniczenie ruchomości:	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
b) z ograniczeniem ruchomości 26-50%	7-14
c) z ograniczeniem ruchomości 51-75%	15-20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
79. Zesztywnienie:	
a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie głowy	30
b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia głowy	31-45
80. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°)	8
81. Obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	2-10
82. Urazowe zespoły korzeniowe:	
a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp.	2
b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)	3-9
c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	10-15
83. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu:	
a) wyrostków kolczystych i poprzecznych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 78, 82	
b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	4

KRĘGOSŁUP PIERSIOWY (Th 1 – Th 11)

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może przekroczyć 30%.

84. Ograniczenie ruchomości:	
a) z ograniczeniem ruchomości do 50%	1-9
b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-19
85. Zesztywnienie:	
a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie tułowia	20
b) w pozycji niekorzystnej w zależności od ustawienia tułowia	21-30
86. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgowo o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11°)	7
87. Obniżenie wysokości trzonu kręgu o co najmniej 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	1-5
88. Urazowe zespoły korzeniowe:	
a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp.	2
b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)	3-6
c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	7-10

89. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu:	
a) wyrostków kolczystych i poprzecznych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 84, 88	
b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	2

KRĘGOSŁUP ŁĘDŹWIOWY (Th 12 – L5)

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 40%.

90. Ograniczenie ruchomości:	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
b) z ograniczeniem ruchomości 26-50%	7-14
c) z ograniczeniem ruchomości 51-75%	15-20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
91. Zesztywnienie:	
a) w pozycji korzystnej – neutralne ustawienie tułowia	30
b) w pozycji niekorzystnej w zależności od ustawienia tułowia	31-40
92. Niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć RTG: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15°)	9
93. Obniżenie wysokości trzonu kręgu co najmniej o 10%, w zależności od stopnia zniekształcenia	3-12
94. Urazowe zespoły korzeniowe:	
a) niewielkie zmiany – wzmożone napięcie mięśniowe, ograniczenie ruchomości, niediagnozowalne objawy korzeniowe itp.	2
b) radikulopatie jednostronne (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny co najmniej 2 cm, zaburzenia czucia)	3-9
c) wielopoziomowe lub obustronne radikulopatie (zniesienie istotnych odruchów, zaniki mięśniowe kończyny lub kończyn co najmniej 2 cm oraz wyraźne upośledzenie funkcji kończyny lub kończyn wymagające zaopatrzenia ortopedycznego)	10-15
d) guziczne	1-3
95. Izolowane złamania tylnych elementów kręgu:	
a) wyrostków kolczystych i żeberkowych – w zależności od ograniczenia ruchomości i innych zmian – ocena wg pkt 90, 94	
b) wyrostków stawowych i łuków – jak wyżej i dodatkowo	5

Uwaga:

Jeśli skutki urazu nakładają się na istniejące przed zdarzeniem zmiany chorobowe kręgosłupa (dyskopatie, zmiany zwyrodnieniowe), wartość należnego uszczerbku zostanie pomniejszona od 20 do 80%, w zależności od nasilenia i rozległości zmian chorobowych, a także historii leczenia. Wzrost inwalidztwa w przypadku złamania wyrostków stawowych i łuków kręgowych oraz leczenia operacyjnego złamań, kręgozmyków pourazowych, niestabilności (stabilizacja) uwzględnia powstawanie zmian zwyrodnieniowych w przyszłości.

RDZEŃ KRĘGOWY

96. Skutki urazów rdzenia kręgowego – ocena wg pkt 3

J. URAZY MIEDNICY I ICH NASTĘPSTWA

	% inwalidztwa
97. Utrwalone rozejście stawu krzyżowo-biodrowego, w zależności od przemieszczenia, skrócenia kończyny i wydolności chodu:	
a) niewielkie zmiany (skrócenie kończyny od 1,5 cm, zmiany zwyrodnieniowe stawu, bóle przeciążeniowe)	1-9
b) średnie zmiany (skrócenie kończyny od 2 do 4 cm, zmiany zwyrodnieniowe stawu, stałe bóle, chód utykający)	10-20
c) duże zmiany (dodatni objaw Trendelenburga, skrócenie kończyny powyżej 4 cm, zmiany zwyrodnieniowe, konieczność używania kul)	21-30
98. Utrwalone rozejście spojenia łonowego, w zależności od szerokości, zaburzeń chodu i dolegliwości bólowych	1-10
99. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy w odcinku przednim pozastawowo (kość łonowa, kulszowa), w zależności od przemieszczeń, dolegliwości i zaburzeń chodu	1-9
100. Złamania miednicy z przerwaniem obręczy w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne) – w zależności od przemieszczeń, skrócenia kończyny, zaburzeń chodu, konieczności używania kul	10-30
101. Złamania w obrębie panewki stawu biodrowego – oceniać według punktów dotyczących ograniczenia ruchomości stawu biodrowego, skrócenia kończyny, zaników mięśni i zmian zwyrodnieniowych (178, 179, 181, 202)	
102. Izolowane złamania miednicy (guz kulszowy, kołce biodrowe, talerz biodrowy), w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-8

Uwaga:

Towarzyszące urazy narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według punktów dotyczących odpowiednich narządów i nerwów obwodowych.

K. URAZY KOŃCZYN GÓRNYCH I ICH NASTĘPSTWA

Przyjęte wielkości procentowe po stronie prawej obowiązują dla strony dominującej.

STAW BARKOWY

Dotyczy skutków urazów obejmujących staw barkowy: złamań, zwichnięć, skręceń (łopatki, obojczyka, nasady bliższej kości ramiennej) i amputacji. Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 40% dla strony dominującej i 30% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji i zeszywnienia.

	% inwalidztwa	
	Prawa	Lewa
103. Ograniczenie ruchomości stawu barkowego:		
a) do 30%	1-12	1-9
b) od 31% do 50%	13-20	10-15
c) powyżej 50%	21-40	16-30
104. Zaniki mięśni – co najmniej 2 cm różnicy obwodu ramienia	2-5	2-5
105. Zespół bolesnego barku:		
a) bez zaników i osłabienia siły mięśni rotatorów	3	2
b) z zanikami i osłabieniem siły mięśni rotatorów, w zależności od stopnia (co najmniej 4 według Lovett'a)	6-9	5-8
106. Złamania nasady bliższej kości ramiennej, łopatki, obojczyka, zwichnięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, skręcenia – ocena wg pkt 103-105, 108, 111, 112		
107. Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego i mostkowo-obojczykowego powodujące podwichnięcie lub zwichnięcie, utrzymujące się mimo zakończenia leczenia:		
a) podwichnięcie (stopień I i II) bez względu na stopień zniekształcenia – ocena wg pkt 103-105		
b) zwichnięcie (stopień III) – ocena jak w punkcie a) i dodatkowo	6	5
108. Niestabilność stawu ramiennie-łopatkowego:		
a) I°	4	3
b) II°	8	6
c) III°	12	9
109. Zastarzałe, nieodprowadzalne zwichnięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, w zależności od ruchomości i ustawienia kończyny	20-30	15-25
110. Nawykowe zwichnięcie w stawie ramiennie-łopatkowym, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia – ocena wg pkt 103-105 i 108		
111. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
112. Urazy powikłane:		
a) przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
b) protezoplastyką stawu ramiennie-łopatkowego	14	12
113. Zesztywnienie w stawie ramiennie-łopatkowym:		
a) w ustawieniu korzystnym (odwiedzenie 70°, zgięcie 35°, rotacja zewnętrzna 25°)	30	20
b) w ustawieniu niekorzystnym	40	30
114. Amputacje:		
a) kończyny wraz z łopatką	70	60
b) w stawie ramiennie-łopatkowym	60	50
RAMIĘ		
Dotyczy skutków urazów w obrębie ramienia: złamań trzonu kości ramiennej, obrażeń mięśni i amputacji. Maksymalny stopień inwalidztwa nie może przekroczyć inwalidztwa wynikającego z amputacji na danym poziomie.		
115. Złamania trzonu kości ramiennej wygojone z ograniczeniem ruchomości przyległych stawów (w przypadku innych zmian nieuwzględnionych w kolejnych punktach, dodatkowa ocena według odpowiednich punktów) – ocena wg pkt 103, 104, 121		
116. Zrost złamania trzonu kości ramiennej z dużym zagięciem osiowym (zagięcie osi powyżej 30°) i skróceniem powyżej 5 cm	7	7
117. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
118. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
119. Urazy mięśni:		
a) dwugłowego ramienia, w zależności od osłabienia siły, co najmniej 4 według Lovett'a	5-20	3-15
b) trójgłowego ramienia, w zależności od osłabienia siły, co najmniej 4 według Lovett'a	4-15	2-10
c) innych mięśni ramienia	1-5	1-3
120. Amputacje bez względu na poziom	60	50

ŁOKIEĆ

Dotyczy skutków urazów w obrębie łokcia: złamań (nad- i przekłki-
ciowych kości ramiennej, złamań części kości ramiennej i kości przedra-
mienia tworzących staw łokciowy, nasady bliższej kości przedramienia),
zwichnięć, skręceń i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 25% dla stro-
ny dominującej i 20% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji
i zeszywnienia.

121. Ograniczenia ruchomości stawu łokciowego (dodatково ocena wg pkt 104, 128):		
a) do 20%	1-5	1-4
b) od 21% do 50%	6-12	5-10
c) powyżej 50%	13-25	11-20
122. Niestabilność stawu łokciowego:		
a) I°	2	2
b) II°	5	4
c) III°	10	8
123. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
124. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
125. Zeszywnienia stawu łokciowego:		
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	15	12
b) z ograniczeniem ruchów obrotowych w zależności od stopnia ograniczenia	16-25	13-20
c) w ustawieniu niekorzystnym (w wyproście 120° lub większym, ograniczenie ruchów obrotowych przedramienia), w zależności od ustawienia w stawie łokciowym	26-40	21-35
126. Amputacje na poziomie stawu łokciowego	60	50

PRZEDRAMIĘ

Dotyczy skutków urazów w obrębie przedramienia (złamań trzonów
kości przedramienia), mięśni, ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może przekroczyć inwalidztwa
wynikającego z amputacji na danym poziomie.

127. Urazy przedramienia wygojone z ograniczeniem ruchomości przyległych stawów (w przypadku innych zmian nieuwzględnionych w kolejnych punktach, dodatkowa ocena według odpowiednich punktów) – ocena wg pkt 121, 134		
128. Zaniki mięśni – co najmniej 2 cm różnicy obwodu przedramienia, w zależności od różnicy obwodów (mierzony maksymalny obwód na tej samej wysokości)	2-5	2-5
129. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich: mięśni, ścięgien – dodatkowa ocena wg pkt 121, 134:		
a) małe zmiany (przepukliny mięśniowe bez osłabienia siły chwytu w zależności od wielkości)	1-4	1-3
b) średnie zmiany (przepukliny mięśniowe i osłabienie siły chwytu do 30%)	5-9	4-8
c) duże zmiany (dominującym objawem jest osłabienie siły chwytu powyżej 50%)	10-15	9-14
130. Złamanie trzonów kości przedramienia wygojone z przemieszczeniem kątowym co najmniej 20°, w zależności od wielkości przemieszczenia, powoduje zwiększenie stopnia inwalidztwa o	3-9	2-7
131. Złamanie trzonów kości przedramienia powikłane brakiem zrostu (stawem rzekomy), po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia:		
a) kości promieniowej	15	15
b) kości łokciowej	10	10
c) kości promieniowej i łokciowej	40	30
132. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5	5
133. Amputacje bez względu na poziom	60	50

NADGARSTEK

Dotyczy skutków urazów w obrębie przynasad i nasad dalszych przed-
ramienia (złamań) i nadgarstka: złamań (kości nadgarstka), zwichnięć,
skręceń i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 20% dla stro-
ny dominującej i 15% dla niedominującej oprócz przypadków amputacji
i zeszywnienia.

134. Urazy w obrębie nasad dalszych kości przedramienia i nadgarstka, wygojone z ograniczeniem ruchomości w stawie promieniowo-nadgarstkowym – dodatково ocena wg pkt 128, jeśli występuje ograniczenie ruchomości w stawie łokciowym, także ocena wg pkt 121:		
a) do 30%	1-6	1-5
b) od 31% do 50%	7-10	6-8
c) powyżej 50%	11-20	9-15

135. Złamania nasad dalszych przedramienia wygojone z przemieszczeniem (kąąt Boehlera w RTG projekcji bocz- nej mniejszy od 0°, w projekcji A-P mniejszy o 20%)	3	2
136. Niestabilność nadgarstka, a także stawu promieniowo- nadgarstkowego i promieniowo-łokciowego dalszego, włączając uszkodzenia chrząstki trójkątnej, w zależności od nasilenia zmian i stopnia niestabilności	3-8	2-7
137. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
138. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5
139. Zeszywnienie w obrębie nadgarstka (dodatkowa ocena funkcji palców):		
a) w położeniu korzystnym	20	15
b) w położeniu niekorzystnym	30	25
140. Amputacja na poziomie nadgarstka	60	50

ŚRÓDRĘCZE

Dotyczy skutków urazów w obrębie śródreżca: złamań, zwichnięć, skrę-
ceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może przekroczyć inwalidztwa wy-
nikającego z całkowitej utraty odpowiedniego palca.

141. Złamania kości śródreżca – ocena według punktów dotyczących ruchomości odpowiednich palców (146, 153, 160, 167)		
142. Złamania kości śródreżca zrosnięte z przemieszczeniem na długość, kątowym lub rotacyjnym, powodujące upośledzenie chwytu, w zależności od stopnia przemieszczenia – ocena według punktów dotyczących odpowiednich palców i dodatково:		
a) I kość śródreżca	1-6	1-5
b) II kość śródreżca	1-5	1-4
c) III kość śródreżca	1-3	1-2
d) IV i V kość śródreżca	1	1
143. Urazy ścięgien i mięśni, powodujące ograniczenia ruchomości palców oraz dolegliwości upośledzające funkcję ręki – ocena według punktów dotyczących odpowiednich palców i dodatково	1-3	1-2
144. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	5	5
145. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5	5

PALCE**PALEC I (KCIUK)**

Dotyczy skutków urazów w obrębie kciuka: złamań, zwichnięć, skręceń,
urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż inwalidztwo
w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

146. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-6	1-5
b) od 31% do 60%	7-12	6-9
c) powyżej 60%	13-20	10-15
147. Niestabilność stawów kciuka w zależności od stopnia	1-4	1-3
148. Zrost złamań z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji kciuka	1-6	1-4
149. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej kciuka, w zależności od stopnia i rozległości	1-10	1-8
150. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	3	3
151. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	3	3
152. Amputacje:		
a) opuszki	4	2
b) paliczka dalszego	10	5
c) paliczka dalszego z częścią paliczka bliższego do 2/3 długości	15	10
d) paliczka dalszego i bliższego powyżej 2/3 długości lub obu paliczków	20	15
e) obu paliczków z I kością śródreżca	25	20

Uwaga:

Przy ocenie funkcji kciuka należy brać pod uwagę przede wszystkim zdol-
ność przywodzenia i przeciwstawiania.

PALEC II (WSKAZUJĄCY)

Dotyczy skutków urazów w obrębie wskaziciela: złamań, zwichnięć, skrę-
ceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż inwalidztwo
w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

153. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-5	1-3
b) od 31% do 60%	6-9	4-6
c) powyżej 60%	10-15	7-10

154. Niestabilność stawów wskaźnika w zależności od stopnia	1-4	1-3
155. Zrost złamań z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji wskaźnika	1-5	1-3
156. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej wskaźnika, w zależności od stopnia i rozległości	1-8	1-5
157. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	3	3
158. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	3	3
159. Amputacje:		
a) opuszki	2	1
b) paliczka dalszego	5	3
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego do 1/3 długości	7	5
d) paliczka dalszego i środkowego powyżej 1/3 długości lub obu paliczków	10	8
e) paliczka dalszego, środkowego i bliższego do 1/3 długości	12	9
f) trzech paliczków	15	10
g) trzech paliczków wraz z II kością śródreżca	20	15

PALEC III (ŚRODKOWY)

Dotyczy skutków urazów w obrębie palca III: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż inwalidztwo w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

160. Ograniczenie ruchomości:		
a) do 30%	1-3	1-2
b) od 31% do 60%	4-6	3-5
c) powyżej 60%	7-10	6-8
161. Niestabilność średniego lub znacznego stopnia stawów palca III	1	1
162. Zrost złamań ze znacznym przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, w zależności od stopnia i upośledzenia funkcji palca III	1	1
163. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej palca III, w zależności od stopnia i rozległości	1-5	1-4
164. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	1	1
165. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	1	1
166. Amputacje:		
a) opuszki	2	1
b) paliczka dalszego	3	2
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego do 1/3 długości	5	4
d) paliczka dalszego i środkowego powyżej 1/3 długości lub obu paliczków	7	5
e) paliczka dalszego, środkowego i bliższego do 1/3 długości	8	6
f) trzech paliczków	10	8
g) trzech paliczków z kością śródreżca	12	10

PALEC IV (SERDECZNY) i V (MAŁY)

Dotyczy skutków urazów w obrębie palca IV i V: złamań, zwichnięć, skręceń, urazów ścięgien i amputacji.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż inwalidztwo w przypadku amputacji na odpowiadającym poziomie.

167. Ograniczenie ruchomości palca IV lub V, za każdy:		
a) do 30%	1-2	1
b) od 31% do 60%	3-4	2
c) powyżej 60%	5-7	3
168. Niestabilność znacznego stopnia stawów palca IV lub V	1	1
169. Zrost złamań palców IV lub V z bardzo dużym przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym, za każdy	1	1
170. Upośledzenie czucia powierzchni dłoniowej palca IV lub V, w zależności od stopnia i rozległości, za każdy	1-3	1
171. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia	1	1
172. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	1	1
173. Amputacje palca IV i V (wartości dla jednego palca):		
a) opuszki	1	1
b) paliczka dalszego	2	1
c) paliczka dalszego z częścią paliczka środkowego lub obu paliczków	4	2
d) paliczka dalszego, środkowego z częścią paliczka bliższego lub trzech paliczków	7	3
e) trzech paliczków z kością śródreżca	9	5

174. Amputacje mnogie są sumą amputacji palców na odpowiednich poziomach i inwalidztwo z tego tytułu nie może przekroczyć 60% dla kończyny dominującej i 50% dla niedominującej

UKŁAD KRĄŻENIA KOŃCZYN GÓRNYCH

175. Zaburzenia funkcji obwodowych naczyń krwionośnych, w zależności od długości i nasilenia obrzęków, dolegliwości bólowych, chromania kończyn w związku z wykonywaniem prac różnej ciężkości, osłabienia tętna

176. Algodystrofia współczulna (zespół Sudecka) – ocena według punktów dotyczących zajętego odcinka kończyny i dodatkowo wg pkt 175 i 177

UKŁAD NERWOWY KOŃCZYN GÓRNYCH

Poniżej zostały podane maksymalne wartości inwalidztwa występujące przy porażeniu odpowiednich nerwów (braku funkcji) na skutek urazów i po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia. W przypadku niecałkowitej utraty funkcji nerwu inwalidztwo musi być proporcjonalnie obniżone, w zależności od zachowanej funkcji nerwu.

177. Zaburzenia pourazowe funkcji nerwów kończyn górnych. Ocena od 1% do wartości maksymalnych określonych w tabeli poniżej:

Nerw	Maksymalne inwalidztwo przy uszkodzeniu części czuciowej nerwu		Maksymalne inwalidztwo przy uszkodzeniu części ruchowej nerwu		Maksymalne inwalidztwo przy całkowitym uszkodzeniu nerwu	
	Prawy	Lewy	Prawy	Lewy	Prawy	Lewy
A. Przeponowy	0		15		15	
B. Piersiowy (przyśrodkowy i boczny)	0	0	3	3	3	3
C. Pachowy	2	2	18	13	20	15
D. Grzbietowy łopatki	0		3	3	3	3
E. Piersiowy długi	0		15	10	15	10
F. Przyśrodkowy skórny przedramienia	3	2	0		3	2
G. Przyśrodkowy skórny ramienia	3	2	0		3	2
H. Pośrodkowy (powyżej połowy przedramienia)	18	12	27	23	45	35
I. Pośrodkowy (poniżej połowy przedramienia)	18	12	5	4	23	16
J. Mięśniowo-skórny	3	2	17	13	20	15
K. Promieniowy (powyżej gałęzi do mięśnia trójgłowego)	3	2	37	33	40	35
L. Promieniowy (poniżej gałęzi do mięśnia trójgłowego)	3	2	27	23	30	25
M. Promieniowy (nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia)	3	2	17	13	20	15
N. Promieniowy (po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia)	0		10	7	10	7
O. Podłopatkowy	0		3	2	3	2
P. Nadłopatkowy	3	2	10	8	13	10
R. Łokciowy (powyżej połowy przedramienia)	5	2	25	23	30	25
S. Łokciowy (poniżej połowy przedramienia)	5	2	20	18	25	20
T. Splot barkowy część górna (porażenie typu Duchenne i Erba)	—		—		20	15
U. Splot barkowy część dolna (porażenie typu Dejerine-Klumpke)	—		—		40	35

Uwaga:

W przypadku uszkodzeń w obrębie układu kostno-stawowego przy jednoczesnym uszkodzeniu splotu barkowego ocena inwalidztwa następuje wg pkt 103-113.

L. URAZY KOŃCZYN DOLNYCH I ICH NASTĘPSTWA

	% inwalidztwa
178. Skrócenie kończyn:	
a) od 1,5 cm do 3 cm	2-3
b) powyżej 3 cm do 4 cm	4-5
c) powyżej 4 cm do 5 cm	6-7
d) powyżej 5 cm	8

179. Zaniki mięśni uda (obwód uda mierzony 10 cm ponad rzepeką):	
a) od 1,5 cm do 2 cm	1-2
b) powyżej 2 cm do 3 cm	3
c) powyżej 3 cm do 4 cm	4
d) powyżej 4 cm	5
180. Zaniki mięśni podudzia (mierzony maksymalny obwód podudzia na tej samej wysokości):	
a) od 1,5 cm do 2 cm	1-2
b) powyżej 2 cm do 3 cm	3
c) powyżej 3 cm do 4 cm	4
d) powyżej 4 cm	5
181. Ograniczenie ruchomości stawu biodrowego:	
a) do 25%	1-10
b) od 26% do 50%	11-20
c) ponad 50%	21-40
182. Ograniczenie ruchomości stawu kolanowego:	
a) w zakresie 0°-40° za każde 2° ubytku ruchu	1
b) w zakresie 41°-90° za każde 5° ubytku ruchu	1
c) w zakresie 91°-140° za każde 10° ubytku ruchu	1
183. Ograniczenie ruchomości stawu skokowego:	
a) do 25% zgięcia podszwowego przy zachowanych ruchach obrotowych	1-3
b) od 26% do 50% zgięcia podszwowego przy zachowanych ruchach obrotowych	4-6
c) ponad 50% zgięcia podszwowego przy zachowanych ruchach obrotowych	7-12
d) zgięcia grzbietowego	1-4
e) ruchów obrotowych (nawracania i odwracania)	1-4
184. Ograniczenia ruchomości palucha w zależności od zakresu ruchu:	
a) w stawie międzypaliczkowym	1-5
b) w stawie śródstopno-paliczkowym	1-5
185. Ograniczenia ruchomości palców stopy II-V dla każdego palca	1-3
AMPUTACJE	
Poziom amputacji	
186. Hemipelwektomia	70
187. Wyluszczenie w stawie biodrowym	60
188. Udo do połowy długości	60
189. Udo poniżej połowy długości	50
190. Podudzie niezależnie od poziomu	50
191. Utrata stopy w całości	45
192. Staw Choparta	35
193. Staw Lisfranca	30
194. Śródstopie do połowy długości	25
195. Śródstopie poniżej połowy długości	20
196. Paluch:	
a) paliczka dalszego w zależności od długości kikuta	1-5
b) w obrębie paliczka bliższego w zależności od długości kikuta	6-10
197. Palce II-V, w zależności od długości kikuta, za każdy	1-3
STAW BIODROWY	
Dotyczy skutków urazu biodra: złamań głowy i szyjki kości udowej, przetrętarzowych, podkrętarzowych, złamań w obrębie panewki stawu biodrowego, zwichnięć, skręceń.	
Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 40% oprócz przypadków amputacji, zeszywnienia i braku zrostu, gdzie inwalidztwo nie może przekroczyć 60%.	
198. Urazy układu kostnego w obrębie biodra – ocena wg pkt 178, 179, 181, 182	
199. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
200. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5
201. Zeszywnienie stawu biodrowego:	
a) w pozycji korzystnej (zgięcie 15°-35° w zależności od wieku, odwiedzenie 5°-10°, rotacja zewnętrzna 5°-10°)	40
b) w pozycjach niekorzystnych, w zależności od ustawienia	41-60
202. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość 4 mm), a maksymalne inwalidztwo ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm)	3-12
203. Pourazowa protezoplastyka stawu biodrowego – ocena wg pkt 178, 179, 181 i dodatkowo:	
a) bez zmian	15
b) średnie zmiany (okresowe i średnio nasilone bóle, niewielkie lub średnie tykanie, okresowe używanie laski lub kuli, ograniczenie długości chodzenia, ograniczenie zdolności chodzenia po schodach bez pomocy poręczy, ograniczenie możliwości ubierania się, ograniczenie możliwości siedzenia na krześle itp.)	20

c) duże zmiany (zmiany opisane powyżej o większym nasileniu i powodujące większe ograniczenie aktywności oraz samoobsługi) 30

TRZON KOŚCI UDOWEJ

Dotyczy skutków urazów uda: złamań trzonu kości udowej i obrażeń mięśni uda. Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 50%.

204. Złamania trzonu kości udowej – ocena wg pkt 178-182	
205. Złamania trzonu kości udowej wygojone z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	10-20
206. Urazy mięśni – ocena wg pkt 181, 182 i dodatkowo:	
a) zginaczy stawu kolanowego, w zależności od stopnia upośledzenia funkcji mięśni (co najmniej 4 według Lovett'a)	5-10
b) prostowników stawu kolanowego, w zależności od stopnia upośledzenia funkcji mięśni (co najmniej 4 według Lovett'a)	5-10
c) innych mięśni, powięzi	2-5
207. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
208. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5

KOLANO

Dotyczy skutków urazów okolicy kolana: wszelkich typów złamań nasady i przynasady dalszej kości udowej oraz nasady i przynasady bliższej kości piszczelowej, złamań i zwichnięć rzepek, zwichnięć, skręceń stawu kolanowego oraz obrażeń tkanek miękkich stawowych i okołostawowych.

W przypadku uszkodzeń tkanek miękkich stawowych i okołostawowych (więzadła, łąkotki, chrząstka itp.) maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 25%, oraz nie może przekroczyć 40% w przypadku złamań kości tworzących staw kolanowy zrosniętych z przemieszczeniem lub w przypadku braku zrostu.

209. Złamania części kości piszczelowej i udowej tworzących staw kolanowy, złamania rzepek, skręcenia, zwichnięcia – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182	
210. Złamania części kości tworzących staw kolanowy wygojone z przemieszczeniem kątowym ponad 5°, obniżeniem powierzchni stawowej kłykci kości piszczelowej lub innymi przemieszczeniami powodującymi wadliwą oś kończyny i w rezultacie zaburzenie mechaniki, w zależności od stopnia	5-15
211. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-20
212. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5
213. Zeszywnienie stawu kolanowego:	
a) w pozycji korzystnej (pełny wyprost lub do 15° zgięcia)	20
b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia	21-40
214. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe, w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość w stawie kolanowym 4 mm, w stawie rzepekowo-udowym 3 mm), a maksymalne inwalidztwo ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm):	
a) staw kolanowy	3-12
b) staw rzepekowo-udowy	2-6
c) chondromalacja rzepek stwierdzona w badaniu klinicznym, bez objawów zwężenia stawu	2
215. Urazy więzadeł stawu kolanowego wygojone z niestabilnością stawu (w przypadku niestabilności złożonych inwalidztwo jest sumą występujących prostych niestabilności):	
a) niestabilność przysiódkowa I°	1
b) niestabilność przednia I° lub tylna I° lub boczna I° lub przysiódkowa II°	3
c) niestabilność przednia II° lub tylna II° lub boczna II° lub przysiódkowa III°	6
d) niestabilność przednia III° lub tylna III° lub boczna III°	9
216. Urazy łąkotek operowane:	
a) usunięta część łąkotki	1
b) usunięta cała łąkotka	3
217. Urazy rzepek – dodatkowo ocena wg pkt 179, 180, 182:	
a) udokumentowane zwichnięcia pozostawiające niestabilność	3
b) złamania wygojone z przemieszczeniem	5
c) brak zrostu złamania rzepek	7
d) usunięcie rzepek (patelectomia)	9
218. Pourazowa protezoplastyka stawu kolanowego – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182, 215 i dodatkowo	15

PODUDZIE

Dotyczy skutków urazów podudzia: złamań trzonu kości piszczelowej i złamań kości strzałkowej oprócz części tworzącej staw skokowy oraz obrażeń mięśni, ścięgien i powięzi.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 50%.

219. Złamania trzonu podudzia (kości piszczelowej i strzałkowej) – ocena wg pkt 178, 179, 180, 182, 183	
220. Złamania trzonu podudzia wygojone z przemieszczeniem kątowym lub rotacyjnym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	6-15
221. Urazy mięśni, ścięgien i powięzi w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, zaburzeń chodu, konfliktu z obuwem itp. – ocena wg pkt 183 i dodatkowo:	
a) ścięgna Achillesa i/lub mięśnia trójkątowego łydki (osłabienie siły co najmniej 4 według Lovett'a)	5-15
b) prostowników stawu skokowego (osłabienie siły co najmniej 4 według Lovett'a)	5-10
c) innych mięśni, ścięgien i powięzi	1-5
222. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-10
223. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp.	5

STAW SKOKOWY

Dotyczy skutków urazów okolicy stawu skokowego: złamań w obrębie stawu skokowego (przynasady i nasady dalszej podudzia, kostek), zwichnięć, skręceń.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 20% oprócz przypadków amputacji, zeszywnienia i braku zrostu, gdzie inwalidztwo nie może przekroczyć 40%.

224. Urazy stawu skokowego – ocena wg pkt 180, 182, 183	
225. Złamania nasady i przynasady dalszej podudzia wygojone z przemieszczeniem kątowym powyżej 10°, w zależności od stopnia przemieszczenia	6-15
226. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	5-10
227. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
228. Zeszywnienie stawu skokowego:	
a) w pozycji korzystnej (pośrednie ustawienie stopy)	20
b) w pozycji niekorzystnej, w zależności od ustawienia	21-30
229. Zmiany zwyrodnieniowe pourazowe, w zależności od szerokości szpary stawowej stwierdzonej w obrazie RTG (prawidłowa szerokość 4 mm), a maksymalne inwalidztwo ma miejsce w przypadku jej braku (0 mm)	3-12
230. Urazy więzadeł stawu skokowego wygojone z niestabilnością stawu:	
a) I°	2
b) II°	4
c) III°	6

STĘP

Dotyczy skutków urazów stępu: złamań kości piętowej, skokowej, łódkowatej, sześciennnej, klinowatych, zwichnięć, skręceń.

Maksymalny stopień inwalidztwa nie może być większy niż 30%.

231. Urazy w obrębie stępu – ocena wg pkt 180, 183	
232. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
233. Złamania kości piętowej wygojone z przemieszczeniem i zmniejszeniem kąta Boehlera lub odpowiadającym zwiększeniem koślawości tylostopia w stosunku do strony przeciwnej:	
a) kąt 35°-31° lub koślawość $\geq 5^\circ$	5
b) kąt 30°-20° lub koślawość $\geq 10^\circ$	8
c) kąt 19°-10° lub koślawość $\geq 15^\circ$	10
d) kąt poniżej 10° lub koślawość $> 20^\circ$	15
234. Złamania kości skokowej wygojone z przemieszczeniem lub brakiem zrostu, pourazowa martwica jałowa – dodatkowa ocena wg pkt 229	6
235. Urazy powodujące powstanie patologicznej szpotawości tylostopia większej niż 10°	5-10

ŚRÓDSTOPIE I PALCE

Dotyczy skutków urazów śródstopia i palców stopy: złamań, zwichnięć, skręceń oraz obrażeń mięśni i ścięgien.

236. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie śródstopia – ocena wg pkt 180, 183, 184, 185	
237. Złamania i zwichnięcia wygojone z przemieszczeniem powodującym upośledzenie prawidłowych faz chodu i dolegliwości bólowe (metatarsalgia):	
a) I kości śródstopia	2-8
b) V kości śródstopia	2-4
c) pozostałych kości śródstopia	1-2
238. Złamania trzech i więcej kości śródstopia wygojonych z przemieszczeniem powodującym zniekształcenie łuków stopy, w zależności od nasilenia zmian	4-9
239. Złamania powikłane brakiem zrostu, po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia, w zależności od możliwości obciążania kończyny	1-8

240. Urazy powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami	5
241. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie palucha, w zależności od zakresu ruchu, niestabilności, przemieszczeń itp.:	
a) wygojone z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-3
b) wygojone z ograniczeniem ruchomości od 31% do 60%	4-6
c) wygojone z ograniczeniem ruchomości ponad 60%	7-10
242. Złamania, zwichnięcia, skręcenia w obrębie palców II-V, w zależności od zakresu ruchu, niestabilności, przemieszczeń (za każdy)	1-3

UKŁAD KRĄŻENIA KOŃCZYN DOLNYCH

243. Zaburzenia funkcji obwodowych naczyń krwionośnych, w zależności od długości i nasilenia obrzęków, dolegliwości bólowych, chromania kończyn w związku z wykonywaniem prac różnej ciężkości, osłabienia tętna	1-15
244. Algodystrofia współczulna (zespół Sudecka) – ocena według punktów dotyczących zajętego odcinka kończyny i dodatkowo wg pkt 243, 245	

UKŁAD NERWOWY KOŃCZYN DOLNYCH

Poniżej zostały podane maksymalne wartości inwalidztwa, występujące przy porażeniu odpowiednich nerwów (braku funkcji) na skutek urazów i po wyczerpaniu wszystkich możliwości leczenia. W przypadku niecałkowitej utraty funkcji nerwu inwalidztwo musi być proporcjonalnie obniżone, w zależności od zachowanej funkcji.

245. Zaburzenia pourazowe funkcji nerwów kończyn dolnych. Ocena od 1% do wartości maksymalnych określonych w tabeli poniżej:

Nerw	Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części czuciowej nerwu	Maksymalny uszczerbek przy uszkodzeniu części ruchowej nerwu	Maksymalny uszczerbek przy całkowitym uszkodzeniu nerwu
A. Udowy	5	20	25
B. Zasłonowy	0	10	10
C. Pośladkowy górny	0	15	15
D. Pośladkowy dolny	0	20	20
E. Skórny boczny uda	2	0	2
F. Nerw kulszowy – pień przed podziałem	8	47	55
G. Piszczelowy	4	26	30
H. Strzałkowy	4	16	20

ZAKRESY RUCHOMOŚCI

KRĘGOSŁUP

- test Schobera 10-11 cm (od C 7 do S 1), w tym:
 - odcinek piersiowy 2-3 cm
 - odcinek lędźwiowy 7-8 cm

ODCINEK SZYJNY

- zgięcie 50° (zgięcie i wyprost 40% funkcji)
- wyprost 60°
- przechylenie na boki po 45° (25% funkcji)
- ruchy obrotowe po 80° (35% funkcji)

ODCINEK PIERSIOWY

- zgięcie 50° (60% funkcji)
- ruchy obrotowe po 30° (40% funkcji)

ODCINEK LĘDŹWIOWY

- zgięcie 60° (zgięcie i wyprost 75% funkcji)
- wyprost 25°
- pochylanie na boki po 25° (25% funkcji)

KOŃCZYNY GÓRNE

STAW BARKOWY

- zgięcie 0-180° (40% funkcji)
- wyprost 0-60° (10% funkcji)
- odwodzenie 0-90° (odwodzenie i unoszenie 20% funkcji)
- unoszenie 90-180° (według niektórych odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°)
- przywodzenie 0-50° (10% funkcji)
- rotacja zewnętrzna 0-70° (10% funkcji)
- rotacja wewnętrzna 0-100° (10% funkcji) (pozycja funkcjonalna 20-40° zgięcia, 20-50° odwiedzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)

STAW ŁOKCIOWY

- zakres ruchu 0° (pełny wyprost, według niektórych to jest 180°) do 140° (pełne zgięcie, według niektórych to jest 40°) – zgięcie i wyprost 60% funkcji (pozycja funkcjonalna 80° zgjęcia)

PRZEDRAMIĘ

- nawracanie 0-80°
- odwracanie 0-80°
(pozycja funkcjonalna 20° nawrócenia) – to wszystko 40% funkcji

NADGARSTEK

- zgięcie dłoniowe 60° (czynnie), 80° (biernie)
- zgięcie grzbietowe 60° (czynnie), 80° (biernie) – zgięcie dłoniowe i grzbietowe łącznie stanowi 70% funkcji
- odchylenie promieniowe 20°
- odchylenie łokciowe 30° – odchylenia 30% funkcji
(pozycja funkcjonalna od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego)

RĘKA**KCIUK**

- staw śródrečno-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – 10% funkcji
- staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia) – 15% funkcji
- odwodzenie 0-50° – 10% funkcji
- przywodzenie (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródrečno-paliczkowego palca 5 wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchu 0 cm, brak ruchu 8 cm – 20% funkcji
- opozycja (maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródrečno-paliczkowych, na wysokości 3 stawu śródrečno-paliczkowego wyrażona w centymetrach) – pełny zakres ruchów 8 cm, brak ruchu 0 cm – 45% funkcji

PALCE 2-5

- staw śródrečno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

KOŃCZYNY DOLNE**STAW BIODROWY**

- zgięcie 0-120°
- wyprost 0-20°
- odwodzenie 0-50°

- przywodzenie 0-40°
- obracanie na zewnątrz 0-45°
- obracanie do wewnątrz 0-50°

KOLANO

- zgięcie 0° (pełny wyprost) do 120-140° – pełne zgięcie (według niektórych 180° – pełny wyprost do 60-40° – pełne zgięcie)

STAW SKOKOWY

- zgięcie grzbietowe 0-20°
- zgięcie podszwowe 0-40/50° (zgięcia 80% funkcji)
- nawracanie 0-10°
- odwracanie 0-40° (ruchy obrotowe 15% funkcji)
- przywodzenie 0-10°
- odwodzenie 0-10° (razem 5% funkcji)
(pięta w fizjologicznym ustawieniu koślawym 5°)

PALCE STOPY

- zgięcie 0-okolo 40° (czynnie), do okolo 60° (biernie)
- wyprost 0-okolo 45° (czynnie), do okolo 80° (biernie)

SKALA LOVETT'A

- 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
- 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 10% prawidłowej siły mięśniowej
- 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

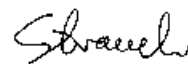
SKALA ASHWORTH'A

- 1° – brak wzmoczonego napięcia mięśniowego
- 2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
- 3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
- 4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
- 5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

Warszawa, 29 września 2014 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Piotr Sztrauch
Członek Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnZiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr. KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnZiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Infolinia Towarzystwa: tel. +48 791 100 410
© MetLife TUnZiR S.A., 2016 PEANUTS © 2016 Peanuts Worldwide



e-mail: kontakt@metlife.pl
www.metlife.pl

Errata

do Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla Ubezpieczonych przystępujących do Umowy Ubezpieczenia począwszy od 9 stycznia 2017 roku

MetLife®

Ważne informacje dotyczące pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich

W celu wykonania obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. 2016 poz. 1823) MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. informuje o zmianie treści artykułu dotyczącego REKLAMACJI w powyżej wskazanych Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie w zakresie:

POZASĄDOWEGO ROZWIĄZYWANIA SPORÓW KONSUMENCKICH

Zmiana polega na zmianie nazwy artykułu, który otrzymuje brzmienie „Reklamacje i mediacja” oraz dodaniu na końcu tego artykułu po ostatnim punkcie kolejnego punktu o treści:

Towarzystwo wyraża zgodę na udział w postępowaniu w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich przed Rzecznikiem Finansowym lub Sądem Polubownym przy Komisji Nadzoru Finansowego.

Poniżej podajemy adresy stron internetowych obu podmiotów:

- Biuro Rzecznika Finansowego – <http://www.rf.gov.pl>
- Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego – http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny

Warszawa, dnia 9 stycznia 2017 roku



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Agata Lem-Kulig
Członek Zarządu Towarzystwa