

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć Ubezpieczonego	GNF/16/02/01	3
2) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWU/16/05/01	9
3) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNFWK/16/05/01	10
4) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	GNFPŚ/16/05/01	11
5) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFZU/16/05/01	12
6) Osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego	GNFOD/16/05/01	13
7) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFUUC/16/05/01	14
8) Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFUZ/16/05/01	15
9) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy	GNFNU/16/05/01	17
10) Niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWN/16/05/01	18
11) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu	GNFCP/16/05/01	19
12) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	GNFCU/16/05/01	22
13) Operacja medyczna Ubezpieczonego	GNFOM/16/05/01	25
Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka		
14) Śmierć współmałżonka	GNFSW/16/05/01	26
15) Śmierć współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFSWW/16/05/01	27
16) Śmierć współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFSWZ/16/05/01	28
17) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFUUCW/16/05/01	29
18) Uszczerbek na zdrowiu współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNFUWZ/16/05/01	30
19) Pobyt współmałżonka w szpitalu	GNFPW/16/05/01	31
20) Poważne zachorowanie współmałżonka	GNFCW/16/05/01	34
21) Operacja medyczna współmałżonka	GNFOMW/16/05/01	37
Zakres ubezpieczenia dla dziecka		
22) Śmierć dziecka	GNFSD/16/05/01	38
23) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWD/16/05/01	39
24) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFUUCD/16/05/01	40
25) Pobyt dziecka w szpitalu	GNFPWD/16/02/01	41
26) Poważne zachorowanie dziecka	GNFCD/16/02/01	43
27) Urodzenie się dziecka	GNFUD/16/05/01	46
28) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	GNFUDL/16/05/01	48
29) Urodzenie się martwego noworodka	GNFSB/16/05/01	50
Zakres ubezpieczenia dla rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka		
30) Śmierć rodziców Ubezpieczonego	GNFSR/16/05/01	51
31) Śmierć rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWSR/16/05/01	52
32) Śmierć rodziców współmałżonka	GNFST/16/05/01	53
33) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNFWST/16/05/01	54

Świadczenia opiekuńcze i medyczne

34) Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24 i Opieka24 Plus	GNFŚO/16/02/01	55
35) Świadczenia medyczne i opiekuńcze dla Ubezpieczonego oraz jego rodziny MediPomoc	GNFAM/16/05/01	59

Załączniki

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała	65
Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	72
Wykaz poważnych zachorowań	74
Tabela operacji medycznych	78
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	84
Tabela procedur medycznych	91

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem

INDEKS GNF/16/02/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2, 3, 4 § 12; § 38
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10 ust. 2 pkt 1) § 15 ust. 1 w zw. z postanowieniami polisy § 16; § 17 § 26 ust. 2, 3

I. UMOWA UBEZPIECZENIA

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Stronami: UNIQA Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A., zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

Umowa ubezpieczenia

§ 2

Na treść umowy ubezpieczenia składają się następujące dokumenty:

- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwany dalej wnioskiem;
- OWU;
- polisa ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, zwana dalej polisą;
- każdy inny dokument złożony do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, który został zaakceptowany przez Towarzystwo jako część umowy ubezpieczenia.

! Warunki zawartej umowy ubezpieczenia określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z Towarzystwem dokumentach.

Kto może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową i za co Towarzystwo odpowiada

§ 3

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która spełnia warunki określone w definicji Ubezpieczonego.
- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez zawarcie umów dodatkowych na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia, zwanych dalej OWUD.

W jaki sposób zawierana jest umowa ubezpieczenia

§ 4

- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego, poprawnie wypełnionego, pisemnego wniosku na formularzu Towarzystwa, stanowiącego ofertę zawarcia umowy.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia wniosku najpóźniej w dniu poprzedzającym wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do opłacenia składki we wskazanym przez Towarzystwo terminie.

! Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest poprawnie wypełniony wniosek.

- Jeżeli wniosek został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczający jest zobowiązany do uzupełnienia wniosku bądź do sporządzenia nowego wniosku w terminie określonym przez Towarzystwo.
- Towarzystwo może nie zaakceptować wniosku i odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do dalszej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- W przypadku akceptacji wniosku Towarzystwo wystawia polisę, w której potwierdzona zostaje data początku ochrony ubezpieczeniowej i przekazuje ją Ubezpieczającemu.

! Towarzystwo może poprosić Ubezpieczającego o uzupełnienie wniosku oraz, z uwagi na zawarte w nim informacje, dodatkowo zweryfikować ryzyko ubezpieczeniowe. Wniosek może zostać niezaakceptowany przez Towarzystwo. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

Od kiedy jest świadczona ochrona względem Ubezpieczonego

§ 5

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - została opłacona składka w należnej wysokości;
 - został przekazany do Towarzystwa poprawnie wypełniony wniosek;
 - została dokonana ocena ryzyka ubezpieczeniowego względem Ubezpieczonego.
- Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w polisie.

! Początek ochrony rozpoczyna się od pierwszego dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem że najpóźniej w dniu poprzedzającym początek ochrony ubezpieczeniowej zostanie opłacona składka oraz zostaną spełnione pozostałe warunki, o których jest mowa powyżej.

Jak przebiega i na czym polega ocena ryzyka ubezpieczeniowego

§ 6

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym żądania:
 - udzielenia informacji o stanie zdrowia w zakresie zawartym we wniosku oraz ankiecie medycznej;
 - dostarczenia dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia;
 - skierowania na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych. Koszty badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - określenia daty, od której ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona;
 - określenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj. proponowania zmiany zakresu ubezpieczenia, podwyższenia składki, obniżenia sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych.

Na jaki czas zawierana jest umowa ubezpieczenia i w jaki sposób ulega przedłużeniu

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku, licząc od daty początku ochrony ubezpieczeniowej określonej w polisie.
2. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ubezpieczenia ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres powinno być złożone drugiej Stronie na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok i jest automatycznie przedłużana, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo nie złożą oświadczenia w tej sprawie drugiej Stronie.

W jaki sposób ustalana jest wysokość składki i sumy ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku. Wysokość składki określa Towarzystwo w zależności od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) wieku osoby obejmowanej ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, zawartej we wniosku i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
2. Wysokość składki jest określana w polisie.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia wskazana jest w polisie.

! Wysokość składki zależy od wielu czynników i jest określona w polisie.

W jaki sposób opłacana jest składka

§ 9

1. Ubezpieczający opłaca składkę z częstotliwością miesięczną. Na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa składka może być opłacana z inną częstotliwością.
2. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego w pełnej wymaganej kwocie z góry w terminie wskazanym przez Towarzystwo potwierdzonym w polisie. Składka jest należna za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Obowiązek opłacania składki istnieje przez cały czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Składka płatna jest na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składki.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki

§ 10

1. Składkę uważa się za nieopłaconą, gdy:
 - 1) wysokość opłaconej składki jest niższa od składki należnej;
 - 2) składka nie została opłacona na właściwy rachunek Towarzystwa wskazany przez Towarzystwo;
 - 3) składka nie została opłacona w terminie wymagalności wskazanym w polisie.
2. W przypadku niezapłacenia całości lub części składki w terminie wymagalności, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia zaległości składki, wskazując w wezwaniu co najmniej 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty składki oraz informując o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie, to jest:
 - 1) ustaniu odpowiedzialności Towarzystwa z upływem terminu dodatkowego;
 - 2) uznaniu umowy ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

! Należy pamiętać o terminowym opłaceniu składek. W przypadku nieopłacenia należnej składki w terminie Towarzystwo wezwie do jej opłacenia. W przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym co najmniej 7-dniowym terminie ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.

Czy warunki ubezpieczenia mogą ulec zmianie

§ 11

1. Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia.
2. Propozycję zmiany warunków umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, na kolejny rok polisy Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie lub jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14-dniowy termin na złożenie oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni niełoży pisemnego oświadczenia o niewyrażeniu zgody na zaproponowane przez Towarzystwo warunki ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na nowych warunkach.
4. Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o niewyrażeniu zgody na zaproponowane warunki ubezpieczenia w terminie 14 dni, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

! Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować zmianę warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowych warunków, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu roku polisy.

5. Jeżeli Ubezpieczony nie upoważnił Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, to w przypadku zaproponowania przez Towarzystwo zmiany warunków, jeśli Towarzystwo nie otrzymało zgody Ubezpieczonego na nowe warunki, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana w ostatnim dniu roku polisy. Jeśli jednak najpóźniej na 15 dni przed końcem roku polisy Ubezpieczony przekaze Ubezpieczającemu pisemną zgodę na proponowane warunki, a Ubezpieczający przekaze ją w tym terminie Towarzystwu, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

! Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, może upoważnić Ubezpieczającego do wyrażania w jego imieniu zgody na dokonywanie zmian w umowie ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczony nie złoży takiego upoważnienia, a Towarzystwo proponuje zmianę warunków ubezpieczenia przed rocznicą polisy, wówczas umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana. Jeśli jednak Ubezpieczony złoży oświadczenie na 15 dni przed rocznicą polisy, ochrona ubezpieczeniowa ulegnie wobec niego przedłużeniu.

II. ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie z tytułu umowy podstawowej

§ 12

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

! W przypadku śmierci Ubezpieczonego Uposażony otrzyma świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWU.

Uposażony

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku wskazania więcej niż jednego Uposażonego określa się procentowy udział każdej z tych osób w świadczeniu. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu lub wskazania udziałów, których suma nie stanowi 100% świadczenia, Towarzystwo przyjmuje, że udziały są równe.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień ust. 3, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych albo wskazanie Uposażonego stało się bezskuteczne w myśl postanowień ust. 3, prawo do świadczenia przysługuje spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego.
6. Za osobę zmarłą przed śmiercią Ubezpieczonego uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu OWU i OWUD jest przedstawienie Towarzystwu dokumentów wskazanych we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia. Towarzystwo udostępnia formularze wniosków o wypłatę świadczenia na stronie internetowej www.uniqa.pl.
2. Dokumenty wskazane we właściwym wniosku o wypłatę świadczenia powinny zostać złożone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza, organ, który je wydał, lub przedstawiciela Towarzystwa. Dokumentacja medyczna może być poświadczona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, a osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty niezbędne są do ustalenia prawa do świadczenia oraz jego wysokości w związku z zajściem tego zdarzenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie 21 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Jeżeli wypłata świadczenia nie jest możliwa w terminach określonych w powyższych ustępach, Towarzystwo zawiadomi o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o wypłatę świadczenia oraz Ubezpieczonego – w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, podając przyczyny późniejszego terminu spełnienia świadczenia.
8. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego w zakresie umów dodatkowych, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia lub wypłacenie go w innej wysokości niż wynikająca ze zgłoszonego roszczenia.

! Towarzystwo informuje osobę zgłaszającą roszczenie, jakie dokumenty są niezbędne do wypłaty świadczenia. Świadczenie wypłacone jest w terminie 21 dni od poinformowania Towarzystwa o zdarzeniu, a jeśli wyjaśnienie dodatkowych okoliczności nie jest możliwe w tym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 21 dni.

III. ZA CO TOWARZYSTWO NIE ODPOWIADA

! W poniższym rozdziale opisaliśmy przypadki, w których ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona lub świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 15

1. *Karencja* określona jest w *polisie*.
2. *Karencji* nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.

Kiedy świadczenie nie zostanie wypłacone

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, nastąpi wskutek:
 - 1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) popełnionego przez Ubezpieczonego samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych nastąpi wskutek:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych jest następstwem:
 - 1) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³; niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych; poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 2) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, sportów spadochronowych, sportów walki (nie dotyczy rekreacyjnego uprawiania sportów walki) oraz udziału Ubezpieczonego we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniami;
 - 4) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie miał wymaganego przepisami świadectwa kwalifikacyjnego.
 4. Wyłączenia, o których mowa w ust. 3, stosuje się również w odniesieniu do umowy podstawowej oraz wszystkich umów dodatkowych, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w okresie *karencji*.
 5. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej lub umów dodatkowych spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*, świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że zdarzenie to wystąpiło przed upływem 12 miesięcy od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
 6. W przypadku gdy przedmiotem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest życie lub zdrowie innych osób niż Ubezpieczony, postanowienia ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do: *współmałżonka*, *rodziców Ubezpieczonego*, *rodziców współmałżonka*, *dziecka*.
 7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Polski.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia.

Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji

§ 17

W przypadku ujawnienia, że przed datą rozpoczęcia ochrony Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał nieprawdziwe wiadomości, a zwłaszcza zatajała *choroba Ubezpieczonego*, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

! Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji może skutkować odmową wypłaty świadczenia w okresie pierwszych trzech lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

IV. OBOWIĄZKI

Jakie są obowiązki Ubezpieczającego względem Towarzystwa § 18

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania Towarzystwa o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Towarzystwu wszystkich danych niezbędnych do należytego wykonywania postanowień umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacenia składek.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we wniosku lub innych dokumentach umowy ubezpieczenia. Jeżeli Towarzystwo zawarło umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

5. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobom zainteresowanym, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku OWU, OWUD wraz z załącznikami.
6. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje o:
- 1) zmianach warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu;
 - 3) zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia, w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – nie rzadziej niż raz w roku, niezwłocznie po ich przekazaniu przez Towarzystwo Ubezpieczającemu.

- ! Do obowiązków Ubezpieczającego należy w szczególności:
- 1) informowanie o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
 - 2) opłacanie składki zgodnie z warunkami zawartej umowy;
 - 3) udzielanie odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte we wniosku i innych dokumentach;
 - 4) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek, przekazywanie osobom zainteresowanym przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki, gdy Ubezpieczony finansuje składkę, warunków umowy ubezpieczenia.

Jakie są obowiązki Towarzystwa

§ 19

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) doręczenia Ubezpieczającemu OWU i OWUD;
- 2) doręczenia Ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 3) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Jakie są obowiązki Ubezpieczonego

§ 20

1. Przed przystąpieniem do ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do zapoznania się z OWU, OWUD oraz zakresem ubezpieczenia (w tym sumami ubezpieczenia).
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do informowania Towarzystwa o zmianach danych osobowych, kontaktowych i adresowych zawartych we wniosku.

V. REZGNACJA, WYPowiedzenie, Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

Kiedy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia

§ 21

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.

- ! Ubezpieczający może odstąpić od umowy, jednakże należy pamiętać o terminach.

Kiedy Ubezpieczony może zrezygnować z umowy ubezpieczenia

§ 22

Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ubezpieczenia, składając oświadczenie o rezygnacji w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez Towarzystwo, która powoduje zakończenie odpowiedzialności z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę.

- ! Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie, składając oświadczenie o rezygnacji.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się

§ 23

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- 1) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy podstawowej;
- 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia, chyba że polisa wskazuje inaczej;
- 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia;
- 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym wysokość składki uległa obniżeniu poniżej minimalnej wysokości składki określonej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych OWU;
- 6) z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
- 7) w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia, z upływem okresu, za jaki opłacono ostatnią składkę;
- 8) z upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli jedna ze Stron wyrazi wolę nieprzedłużenia umowy na kolejny okres.

Kiedy umowa ubezpieczenia zostaje uznana za wypowiedzianą

§ 24

1. Ubezpieczający może w dowolnym momencie trwania umowy wypowiedzieć umowę. Rozwiązanie Umowy następuje na podstawie pisemnego i podpisanego wniosku doręczonego Towarzystwu ze skutkiem na koniec miesiąca polisy.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku nieopłacenia składki w terminie wymagalności, mimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

Zmiana umowy ubezpieczenia

§ 25

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji Stron, w trybie ofertowym bądź w inny przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa sposób i potwierdzane w formie pisemnej lub na innym trwałym nośniku, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę.

Zmiana zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki

§ 26

1. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczonego, ma możliwość zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki. Wniosek o dokonanie zmian Ubezpieczający zgłasza Towarzystwu najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy. Towarzystwo może określić dodatkowe warunki zmiany zakresu, sum ubezpieczenia i częstotliwości opłacania składki, wskazując je w polisie.
2. W przypadku gdy w wyniku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje rozszerzony o nowe umowy dodatkowe, w stosunku do tych umów dodatkowych stosuje się karencję, która wskazywana jest w polisie.
3. W przypadku gdy zmiana zakresu i sum ubezpieczenia wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie karencji, świadczenie ograniczone jest do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą zakresu i sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało *nieszczęśliwym wypadkiem*.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zmiany zakresu i sum ubezpieczenia.

- ! Zmiana zakresu i sum ubezpieczenia jest możliwa, o ile Towarzystwo wyraziło na to zgodę. W przypadku zmiany zakresu i sum ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie karencje.

VI. UMOWY DODATKOWE

- ! Wszystkie umowy dodatkowe opisane w OWUD mają pewne wspólne postanowienia. Poniżej opisane są zasady, na jakich umowy dodatkowe mogą być zawierane, wypowiadane i rozwiązywane.

Jakie definicje mają zastosowanie w poszczególnych umowach dodatkowych

! Pojęcia zdefiniowane w OWU, używane w poszczególnych OWUD, mają znaczenie nadane im w OWU, o ile w OWUD nie zostały zdefiniowane odmiennie.

W jaki sposób zawierana jest umowa dodatkowa

§ 27

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest w tym samym trybie co umowa podstawowa, na zasadach określonych w umowie podstawowej.

! Wszystkie umowy dodatkowe mogą zostać zawarte jako rozszerzenie umowy podstawowej.

W jakim czasie świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa w ramach poszczególnych umów dodatkowych

§ 28

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po spełnieniu warunków opisanych w § 5 OWU.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa odpowiednio z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, w trybie określonym w umowie podstawowej, a ponadto:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z dniem odstąpienia od umowy dodatkowej.

Kiedy można wypowiedzieć umowę dodatkową

§ 29

Umowa dodatkowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, ze skutkiem na ostatni dzień roku polisy.

W jaki sposób rozwiązuje się umowa dodatkowa

§ 30

Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem rozwiązania umowy podstawowej, a także z ostatnim dniem roku polisy, w którym Ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.

W jaki sposób ustalana jest suma ubezpieczenia i składka z tytułu umowy dodatkowej

§ 31

1. Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
2. Do ustalenia wysokości składki należnej z tytułu umowy dodatkowej stosuje się postanowienia umowy podstawowej w zakresie dotyczącym ustalania składki z tytułu umowy podstawowej.
3. Wysokość składki należnej z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
4. Składka należna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest wraz ze składką należną z tytułu umowy podstawowej.

Kiedy ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona

§ 32

1. W umowach dodatkowych zastosowanie mają karencje, które są określone w polisie.
2. Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe spowodowane zostało nieszczęśliwym wypadkiem.

Postanowienia końcowe

§ 33

W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

VII. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

Reklamacje, skargi i zażalenia

§ 34

1. Reklamację może wnieść w każdym przypadku osoba fizyczna będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, inną osobą uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającym interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej będąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Wyjątek stanowią wystąpienia składane

przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową.
4. Reklamacje można składać Towarzystwu w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie unika.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie Towarzystwa;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie Towarzystwa,
 - b) przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51,
 - c) na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w ustawie z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych jako rejestru publicznego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw informatyzacji, tj. AE:PL-75623-64271-BRDJV-27.
5. Reklamacje wnosi się do Zarządu Towarzystwa. Reklamacja może być złożona w każdej naszej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
6. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
7. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona na piśmie albo w przypadku reklamacji wniesionej przez osobę fizyczną – pocztą elektroniczną, jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
8. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
9. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
10. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu według właściwości określonej w § 35 ust. 1 i 2.
11. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla Towarzystwa do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa; www.rf.gov.pl).
14. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami ust. 1–3, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 4–8 i 11, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie o przyczynie niemożności ich rozpatrzenia, i w takim przypadku odpowiedź na skargę lub zażalenie zostanie udzielona nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Sąd właściwy do rozpatrywania sporów

§ 35

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

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE ORAZ INFORMACJA O PRZEPISACH PODATKOWYCH

Postanowienia końcowe

§ 36

1. Za zgodą Stron do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
2. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w ust. 1, wymaga pisemnej akceptacji przez obie Strony umowy.
3. O ile OWU nie stanowią inaczej, Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane będą na stronie internetowej Towarzystwa.
5. Integralną część niniejszych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Informacje o przepisach podatkowych

§ 37

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

IX. DEFINICJE

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 38

Pojęcia użyte w niniejszych OWU oraz innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia; w zakresie dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu pod pojęciem dziecka rozumie się dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 18. roku życia; powyższe ma zastosowanie pod warunkiem, że zapisy polisy nie stanowią inaczej;
- 2) **dzień wymagalności składki** – określony w polisie dzień, w którym należna jest Towarzystwu składka;

- 3) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki;
- 4) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, określonym w polisie, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka lub dziecka, rodzica Ubezpieczonego, rodzica współmałżonki; zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek; za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz warunki tej umowy, w tym wysokości sum ubezpieczenia;
- 7) **rocznica polisy** – dzień w każdym roku kalendarzowym obowiązywania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 8) **rok polisy** – okres rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 9) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia;
- 10) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie umożliwiające Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przechowywanie informacji kierowanych osobie do niego, w sposób zapewniający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, pozwalające na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienniej postaci;
- 11) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek;
- 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 13) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczającego jako uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia, w tym Uposażony lub inna osoba uprawniona;
- 14) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 15) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa podstawowa, a w przypadku gdy została ona rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 17) **Uposażony** – osoba wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r. i zmienione uchwałą nr 1/25/03/2025 z 25 marca 2025 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFWU/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpiezonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpiezonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *Ubezpiezonego*.

! W przypadku śmierci *Ubezpiezonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *Ubezpiezonego*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

INDEKS GNFWK/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku komunikacyjnego, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja wypadku komunikacyjnego znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku komunikacyjnego zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią *Ubezpieczonego*.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku komunikacyjnego *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym i śmiercią *Ubezpieczonego*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

wypadek komunikacyjny – *nieszczęśliwy* wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:

- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
- b) rowerzystą,
- c) pieszy.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy

INDEKS GNFPŚ/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku przy pracy zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja wypadku przy pracy znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie z tytułu śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku przy pracy zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy i śmiercią *Ubezpieczonego*.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* w następstwie wypadku przy pracy *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy wypadkiem przy pracy i śmiercią *Ubezpieczonego*. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

wypadek przy pracy – *nieszczęśliwy* wypadek, który nastąpił w związku z pracą:

- a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,
- b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
- c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
- d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej u pracodawcy, a także podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNZU/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNZU/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNZU/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNZU/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *śmierci w następstwie zawału serca* oraz *śmierci w następstwie udaru mózgu* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu* Towarzystwo wypłaci *Uposażonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. W przypadku *śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu* świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia *zawału serca lub udaru mózgu*.

! W przypadku *śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu* *Uposażony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia *zawału serca lub udaru mózgu*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

- 1) *śmierć w następstwie udaru mózgu* – śmierć w następstwie udaru niedokrwinnego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
- 2) *śmierć w następstwie zawału serca* – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego

INDEKS GNFO/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 § 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje osierocenie *dziecka* w następstwie śmierci *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *dziecka*
• znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku osierocenia *dziecka* w następstwie śmierci *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci każdemu *dziecku* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. W przypadku gdy w następstwie tego samego *nieszczęśliwego wypadku* śmierć ponieśli *Ubezpieczony* i druga osoba, której w chwili śmierci

przysługiwała władza rodzicielska lub której władza rodzicielska przysługiwała w momencie osiągnięcia przez *dziecko* pełnoletności, Towarzystwo wypłaci każdemu *dziecku*, nad którym oboje sprawowali władzę rodzicielską, dodatkowe świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! W przypadku śmierci *Ubezpieczonego* każde z *dzieci* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Świadczenie zostanie wypłacone w podwójnej wysokości, jeżeli w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi śmierć *Ubezpieczonego* i drugiej osoby, będącej opiekunem prawnym *dziecka*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 oraz § 17 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFUUC/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 § 3 Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 2 § 3 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego* powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD. Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*.
2. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego* otrzyma świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia

§ 3

1. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.

2. Suma świadczeń w związku z jednym *nieszczęśliwym wypadkiem* nie może przekroczyć *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
3. Warunkiem rozpatrzenia świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała. Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia, którą należy dostarczyć do Towarzystwa.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 19 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

uszczerbek lub uszkodzenie ciała – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNFUZ/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2 § 4 Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 3 § 3 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego*, powstały w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *uszczerbku na zdrowiu*, *zawału serca* i *udaru mózgu* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego* powstałego w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% *uszczerbku na zdrowiu*.
2. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli *uszczerbek na zdrowiu* nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia *zawału serca* lub *udaru mózgu*.
3. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% *uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego* otrzyma świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia

§ 3

1. Procent *uszczerbku na zdrowiu* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu w następstwie *zawału serca* lub *udaru mózgu* stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Procent *uszczerbku na zdrowiu* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednak nie wcześniej niż po upływie 4 miesięcy od daty wystąpienia *zawału serca* lub *udaru mózgu*. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku na zdrowiu*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
3. W przypadku powstania *uszczerbku na zdrowiu* w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wystąpieniem *zawału serca* lub *udaru mózgu*, ustalony procent *uszczerbku na zdrowiu* pomniejszany jest o procent *uszczerbku na zdrowiu*, wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

! Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna, którą należy dostarczyć do Towarzystwa po zakończeniu procesu leczenia czy rehabilitacji. Jeśli *uszczerbek na zdrowiu* dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed *zawałem serca* lub *udarem mózgu*, wypłacane świadczenie pomniejszane jest o procent *uszczerbku*, jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
- 2) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika, przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 3) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współlistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy

INDEKS GNFNU/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 1 § 2 ust. 1 § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *niezdolność Ubezpieczonego do pracy*, powstałą w następstwie:
 - 1) *choroby*, która została zdiagnozowana u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub
 - 2) *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *niezdolności do pracy*, *choroby* i *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy*, trwającej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*.

! W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy* trwającej co najmniej 12 miesięcy Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.
Za zgodą Towarzystwa świadczenie może zostać wypłacone po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*.
Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 i § 17 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu *niezdolności do pracy*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiegokolwiek pracy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez *Ubezpieczonego* zdolności do pracy.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFWN/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 1 § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *niezdolność Ubezpieczonego do pracy* powstałą w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *niezdolności do pracy* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD; definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy* trwającej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, powstałej w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*.

! W przypadku *niezdolności Ubezpieczonego do pracy* trwającej co najmniej 12 miesięcy Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.
Za zgodą Towarzystwa świadczenie może zostać wypłacone po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania *niezdolności do pracy*.
Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia z tytułu *niezdolności do pracy* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

niezdolność do pracy – całkowita niezdolność *Ubezpieczonego* do wykonywania jakiejkolwiek pracy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez *Ubezpieczonego* zdolności do pracy.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

INDEKS GNFCP/16/05/01

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

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 2; § 4 ust. 1, 2, 4, 5, 10; § 6

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCP/16/02/01

§ 2 ust. 1, 2 i 3; § 3 ust. 3 i 4; § 4 ust. 3; § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt Ubezpieczonego w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:
 - 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym* i *wypadkiem przy pracy*.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) *pobyt Ubezpieczonego na OIOM/OIT, rekonwalescencję Ubezpieczonego* i *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.

! Definicja *OIOM/OIT*, *rekonwalescencji* i *sanatorium* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu

§ 2

1. W przypadku pobytu *Ubezpieczonego w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.

3. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu *Ubezpieczonego w szpitalu*. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym się rozpoczął.
4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 1 miesiąc na wniosek *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania *Ubezpieczonego* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu Ubezpieczonego w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu.

Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu w szpitalu*, pod warunkiem że *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem Ubezpieczonego na OIOM/OIT, rekonwalescencją lub pobytem Ubezpieczonego w sanatorium

§ 3

1. W przypadku pobytu na *OIOM/OIT, rekonwalescencji* lub pobytu w *sanatorium* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w *polisie*.
2. W przypadkach pobytu na *OIOM/OIT, rekonwalescencji* lub pobytu w *sanatorium* Towarzystwo wypłaci świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) *pobyt na OIOM/OIT* związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) *rekonwalescencja* związana jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt w szpitalu* trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 3) *pobyt w sanatorium* związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt Ubezpieczonego w sanatorium* potwierdzony został dokumentacją medyczną.

3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w sanatorium nie więcej niż za jeden pobyt *Ubezpieczonego* w sanatorium w danym roku polisy, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niezależnie od liczby pobytów *Ubezpieczonego* w sanatorium, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* tylko jedno świadczenie w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w sanatorium w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych

§ 4

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni, *Ubezpieczony* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie dla każdego pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby pobytów *Ubezpieczonego* w szpitalu trwających co najmniej 10 dni, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna *Ubezpieczonemu* tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu, trwającym co najmniej 10 dni.

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.unia.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z co najmniej 10-dniowym pobytem *Ubezpieczonego* w szpitalu. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:
– stronie www.unia.pl
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Ubezpieczonego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej.
5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.
Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Ubezpieczony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
10. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 4 ust. 4, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.
12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.unia.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej świadczenia.

! *Ubezpieczony* może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.
Towarzystwo pokrywa poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 5

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez *Ubezpieczonego* zabiegowi pozbawiającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem pobytu w szpitalu jest leczenie choroby *Ubezpieczonego*, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie *Ubezpieczonego* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakego uległ *Ubezpieczony* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) wykonanie *Ubezpieczonemu* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała *Ubezpieczonego*;
 - 4) wykonanie *Ubezpieczonemu* zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *Ubezpieczonego*;

- 6) leczenie wad wrodzonych *Ubezpieczonego*, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane przed objęciem ochrony ubezpieczeniowej.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *Ubezpieczony* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 6

- 1) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną *pobyt w szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:
- 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 4 dni w przypadku pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
 - 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu w związku z powikłaniami poporodowymi,
- w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *Ubezpieczonego* do szpitala, a kończy się w dniu wypisania *Ubezpieczonego* ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych

kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty). Pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiochirurgicznych;

- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 6) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 7) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
- 8) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowiskowej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 9) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarstwa i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

INDEKS GNFCU/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCU/16/02/01 § 1; § 3 ust. 1, 2, 7; § 5 Załącznik – Wykaz poważnych zachorowań

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCU/16/02/01 § 4
--	--

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań (w ramach katalogu A, katalogu B albo katalogu C), stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - 1) zdiagnozowane u *Ubezpieczonego* choroby lub

- 2) przeprowadzone u *Ubezpieczonego* zabiegi, jeżeli w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.
3. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie niniejszych OWUD ma zastosowanie do *poważnych zachorowań* określonych w katalogu A, katalogu B albo katalogu C poniżej, których szczegółowy opis znajduje się w Wykazie poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD. Zakres ochrony potwierdzany jest w *polisie*.

Zakres ubezpieczenia

Katalog A	Katalog B	Katalog C
1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa	1) angioplastyka wieńcowa
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych	2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych
3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera	3) choroba Alzheimera
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba	4) choroba Creutzfeldta-Jakoba
5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego	5) choroba neuronu ruchowego
6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona	6) choroba Parkinsona
7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa	7) dystrofia mięśniowa
8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu	8) łagodny guz mózgu
9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna	10) niedokrwistość aplastyczna
11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek	11) niewydolność nerek
12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy	12) nowotwór złośliwy
13) oparzenia	13) oparzenia	13) oparzenia
14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej	14) operacja aorty brzusznej
15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej	15) operacja aorty piersiowej
16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych	16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów	17) przeszczep narządów
18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby	18) schyłkowa niewydolność wątroby
19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane	19) stwardnienie rozsiane
20) śpiączka	20) śpiączka	20) śpiączka
21) udar mózgu	21) udar mózgu	21) udar mózgu
22) utrata kończyn	22) utrata kończyn	22) utrata kończyn
23) utrata mowy	23) utrata mowy	23) utrata mowy
24) utrata słuchu	24) utrata słuchu	24) utrata słuchu
25) utrata wzroku	25) utrata wzroku	25) utrata wzroku

Katalog A	Katalog B	Katalog C
26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
28) zapalenie mózgu	28) zapalenie mózgu	28) zapalenie mózgu
29) zawał serca	29) zawał serca	29) zawał serca
	30) choroba Leśniowskiego-Crohna	30) choroba Leśniowskiego-Crohna
	31) kardiomiopatia	31) kardiomiopatia
	32) niedowład (paraliż)	32) niedowład (paraliż)
	33) piorunujące zapalenie wątroby	33) piorunujące zapalenie wątroby
	34) poważny uraz głowy	34) poważny uraz głowy
	35) schyłkowa niewydolność oddechowa	35) schyłkowa niewydolność oddechowa
	36) toczeń rumieniowaty układowy	36) toczeń rumieniowaty układowy
	37) twardzina	37) twardzina
	38) wymiana lub plastyka zastawki serca	38) wymiana lub plastyka zastawki serca
		39) bakteryjne zapalenie wsierdza
		40) borelioza
		41) choroba Huntingtona
		42) gruźlica
		43) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
		44) odkleszczowe zapalenie mózgu
		45) operacja bąblowca mózgu
		46) operacja ropnia mózgu
		47) sepsa (posocznica)
		48) tężec
		49) wścieklizna
		50) zakażona martwica trzustki
		51) zgorzel gazowa

4. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzane jest w polisie.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku wystąpienia u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. Rodzaj oraz data wystąpienia u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania* ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju oraz daty wystąpienia u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Wystąpienie u *Ubezpieczonego* *poważnego zachorowania* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem Ubezpieczonego*.

! Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 mie-

sięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*. Terminy konsultacji w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:
– stronie www.uniqa.pl,
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Ubezpieczonego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Ubezpieczony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności terminu dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej.
5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
Gwarancja dostępności terminu odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.
Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty Ubezpieczonego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej*, należącej do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Ubezpieczonego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Ubezpieczony* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazań otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. *Ubezpieczony* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w polisie.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów, wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, o których mowa w ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniaqa.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Ubezpieczony* może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ograniczenie odpowiedzialności. W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie za pierwszorazowe wystąpienie u *Ubezpieczonego* poważnego zachorowania w czasie odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem iż w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, kardiomiopatii, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, operacji błonówec mózgu, boreliozy, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, niedowładu (paraliżu), odkleszczowego zapalenia mózgu, poważnego urazu głowy, operacji ropnia mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 3) niewydolności nerek, piorunującego zapalenia wątroby, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności oddechowej, schyłkowej niewydolności wątroby, tocznia rumieniowatego układowego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 5) bakteryjnego zapalenia wsierdza, operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej, wymiany lub plastyki zastawki serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u *Ubezpieczonego* tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 6) masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, sepsy, śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – świadczenie nie jest należne, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, iż masywny zator tętnicy płucnej le-

czony operacyjnie, sepsa, śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego poważnego zachorowania, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;

- 7) nowotworu złośliwego – wypłacane jest tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
2. Po wystąpieniu u *Ubezpieczonego* danego poważnego zachorowania odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego poważnego zachorowania.

! Świadczenie wypłacane jest za pierwszorazowe wystąpienie poważnego zachorowania w czasie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w niniejszych OWUD.

Przykładowo: Jeśli zostało wypłacone świadczenie z tytułu zawału serca, a następnie *Ubezpieczony* zgłosi roszczenie z tytułu udaru mózgu, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – takie świadczenie zostanie wypłacone. Jeśli jednak *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca i wypłacono mu świadczenie z tego tytułu, zgłosi następnie roszczenie z tytułu kardiomiopatii, to takie świadczenie nie zostanie wypłacone.

Ale jeśli *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca, zgłosi następnie roszczenie z tytułu śpiączki, to świadczenie zostanie wypłacone, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi, iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa po wystąpieniu danego poważnego zachorowania w zakresie tego poważnego zachorowania.

3. Prawo do świadczenia z tytułu umowy dodatkowej zostanie przyznane pod warunkiem, że *Ubezpieczony* pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
 - 1) poważnych zachorowań, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty poprzedniego wystąpienia poważnego zachorowania, w związku z którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) poważnych zachorowań, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia *Ubezpieczonego* wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie poważnych zachorowań, poz. 26) i 27);
 - 3) poważnych zachorowań będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 i § 17 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 i § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 3) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położniczych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

INDEKS GNFO/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 § 1; § 4 Tabela operacji medycznych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 § 2 ust. 2, 4; § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje operację medyczną przeprowadzoną u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowaną:
 - 1) chorobą, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub
 - 2) obrażeniami ciała, zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja operacji medycznej, choroby oraz obrażeń ciała znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku operacji medycznej Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1 klasy;
 - 2) 30% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2 klasy;
 - 3) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3 klasy; zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Niezależnie od liczby operacji medycznych, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
3. Klasa operacji medycznej i data jej przeprowadzenia potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie klasy operacji i daty jej przeprowadzenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
4. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

! Wysokość świadczenia, jakie Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* w przypadku przeprowadzenia operacji medycznej, zależy od zakwalifikowania danej operacji do odpowiedniej klasy operacji, zgodnie z Tabelą operacji medycznych.

Jeżeli w okresie kolejnych 60 dni przeprowadzono u *Ubezpieczonego* kilka operacji medycznych, wówczas otrzyma on jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.

Przeprowadzenie operacji medycznej potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 3

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone w związku z operacją medyczną:
 - 1) w której *Ubezpieczony* był dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem operacji medycznej niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU i w § 17 OWU.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie przysługuje, jeżeli *Ubezpieczony* zmarł w trakcie operacji medycznej.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU i w § 17 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) choroba – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) operacja medyczna – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu *Ubezpieczonego w placówce medycznej* na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wymieniony w Tabeli operacji medycznych; wyróżnia się następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, okre-

ślone w terminologii medycznej jako rękocyny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,

- b) operacja medyczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękocyny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
 - c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczeniowe, z użyciem endoskopu);
- jeżeli w Tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja medyczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za *operację medyczną* wykonaną metodą otwartą lub endoskopową.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka

INDEKS GNFSW/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSW/16/02/01 § 1; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSW/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSW/16/02/01 § 2 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *współmałżonka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

2. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

współmałżonek – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFSWW/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

dycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *współmałżonka*.

3. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku *polis* z tytułu niniejszych OWUD.

! W przypadku śmierci *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli istnieje powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *współmałżonka*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie w związku ze śmiercią *współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacone pod warunkiem, że z me-

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

współmałżonek – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNFSWZ/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *śmierć współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *śmierci w następstwie zawału serca oraz śmierci w następstwie udaru mózgu* znajduje się w § 3 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *śmierci współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie z tytułu *śmierci współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu* zostanie wypłacone pod warunkiem, że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia *zawału serca lub udaru mózgu*.
3. Towarzystwo wypłaci maksymalnie jedno świadczenie w danym roku *polisy* z tytułu niniejszych OWUD.

! W przypadku *śmierci współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy pamiętać, że świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że śmierć nastąpiła przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia *zawału serca lub udaru mózgu*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 3

- 1) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
- 2) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako pierwotna przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego;
- 3) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFUUCW/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1; § 4 Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 2; § 3 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek lub uszkodzenie ciała współmałżonka* powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD; definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka*, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*.
2. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczony* otrzyma świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia

§ 3

1. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.

2. Suma świadczeń w związku z jednym *nieszczęśliwym wypadkiem* nie może przekroczyć *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
3. Warunkiem rozpatrzenia świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała. Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia, którą należy dostarczyć do Towarzystwa. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała
- 2) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

INDEKS GNFWWZ/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 4 Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 2 ust. 3; § ust. 3
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.	
Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia § 1	jest możliwe ustalenie procentu <i>uszczerbku na zdrowiu</i> , Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie <i>współmałżonka</i> .	3. W przypadku powstania <i>uszczerbku na zdrowiu</i> w obrębie narządu, którego czynności były upośledzone przed wystąpieniem <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> , ustalony procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> pomniejszany jest o procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> , wynikający z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
! Definicja <i>współmałżonka</i> znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.	! Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna, którą należy dostarczyć do Towarzystwa po zakończeniu procesu leczenia czy rehabilitacji.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje <i>uszczerbek na zdrowiu współmałżonka</i> , powstały w następstwie <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.	Jeśli <i>uszczerbek na zdrowiu</i> dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed <i>zawałem serca</i> lub <i>udarem mózgu</i> , wypłacane świadczenie pomniejszane jest o procent <i>uszczerbku</i> , jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.
! Definicja <i>uszczerbku na zdrowiu, zawału serca i udaru mózgu</i> znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.	Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 i § 17 OWU.
W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 2	Co oznaczają poszczególne pojęcia § 4
1. W przypadku <i>uszczerbku na zdrowiu współmałżonka</i> powstałego w następstwie <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> Towarzystwo wypłaci <i>Ubezpieczonemu</i> świadczenie w wysokości 1% <i>sumy ubezpieczenia</i> z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% <i>uszczerbku na zdrowiu</i> .	1) <i>uszczerbek na zdrowiu</i> – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
2. Świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli <i>uszczerbek na zdrowiu</i> nastąpił przed upływem 6 miesięcy od daty wystąpienia <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> .	2) <i>udar mózgu</i> – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
3. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż <i>suma ubezpieczenia</i> z tytułu niniejszych OWUD.	a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
! Za każdy 1% <i>uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczony</i> otrzyma świadczenie w wysokości 1% <i>sumy ubezpieczenia</i> z tytułu niniejszych OWUD.	b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia § 3	c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika, przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznane na podstawie badań obrazowych;
1. Procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.	
2. Procent <i>uszczerbku na zdrowiu</i> ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie wcześniej jednak niż po upływie 4 miesięcy od daty wystąpienia <i>zawału serca</i> lub <i>udaru mózgu</i> . Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie	

- 3) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 4) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu współmałżonka w szpitalu

INDEKS GNFPW/16/05/01

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

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 2

§ 4 ust. 1, 2, 4, 5, 10; § 6

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFP/16/02/01

§ 2 ust. 1, 2, 3; § 3 ust. 3, 4; § 4 ust. 3; § 5

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt współmałżonka w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:

- 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym* oraz *wypadkiem przy pracy*.

! Definicja *szpitala*, *choroby* oraz *obrażeń ciała* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) *pobyt współmałżonka na OIOM/OIT, rekonwalescencję współmałżonka i pobyt współmałżonka w sanatorium*, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;

- 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni.

! Definicja *OIOM/OIT, rekonwalescencji i sanatorium* znajduje się w § 6 niniejszych OWUD.

Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w związku z pobytem współmałżonka w szpitalu

§ 2

1. W przypadku *pobytu współmałżonka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu *Ubezpieczonego* w szpitalu. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym się rozpoczął.
4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu współmałżonka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.

5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *współmałżonka* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu współmałżonka w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu.

Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że *pobyt w szpitalu* rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem *współmałżonka* na OIOM/OIT, rekonwalescencją lub pobytem *współmałżonka* w sanatorium

§ 3

1. W przypadku pobytu na OIOM/OIT, rekonwalescencji lub pobytu w sanatorium Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jednorazowe świadczenie w wysokości wskazanej w polisie.
2. W przypadkach pobytu na OIOM/OIT, rekonwalescencji lub pobytu w sanatorium Towarzystwo wypłaci świadczenia, jeżeli odpowiednio spełnione są następujące warunki:
 - 1) pobyt na OIOM/OIT związany jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD;
 - 2) rekonwalescencja związana jest z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie z tytułu niniejszych OWUD, o ile *pobyt w szpitalu* trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 3) pobyt w sanatorium pozostaje w bezpośrednim związku z *pobytem w szpitalu*, w związku z którym należne jest świadczenie, o ile *pobyt współmałżonka w sanatorium* potwierdzony został dokumentacją medyczną.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z pobytem *współmałżonka w sanatorium* nie więcej niż za jeden pobyt *współmałżonka w sanatorium* w danym roku polisy z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Niezależnie od liczby pobytów *współmałżonka w sanatorium*, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* tylko jedno świadczenie w związku z pobytem *współmałżonka w sanatorium* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych

§ 4

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni, *współmałżonek* lub uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.
2. *Współmałżonek* ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w polisie dla każdego *pobytu w szpitalu* trwającego co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Niezależnie od liczby *pobytów współmałżonka w szpitalu* trwających co najmniej 10 dni, jeżeli *pobyty* te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,

- c) iniekcje dożylnie;
- 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.

5. Świadczenia obejmują zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo organizuje oraz pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania *Ubezpieczonemu* prawa do świadczenia w związku z *pobytem współmałżonka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.unia.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z co najmniej 10 dniowym *pobytem współmałżonka w szpitalu*. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na: – stronie www.unia.pl – infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *współmałżonka*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *współmałżonek* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *współmałżonek* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje specjalistyczne nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej.

5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.

Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *współmałżonek* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *współmałżonka* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *współmałżonek* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
10. *Współmałżonek* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości *sumy ubezpieczenia* określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 4 ust. 4, do wysokości *sumy ubezpieczenia*, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.
12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na

www.uniq.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! **Współmałżonek** może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty świadczeń medycznych, do wysokości *sumy ubezpieczenia*, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 5

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w *szpitalu* jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez *współmałżonka* zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem *pobytu w szpitalu* jest leczenie *choroby współmałżonka*, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie *współmałżonka* operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, jakiemu uległ *współmałżonek* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) wykonanie *współmałżonkowi* rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest *choroba* lub *obrażenia ciała współmałżonka*;
 - 4) wykonanie *współmałżonkowi* zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych *współmałżonka*;
 - 6) leczenie wad wrodzonych *współmałżonka*, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane przed objęciem ochrony ubezpieczeniowej.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym *współmałżonek* przebywał na przepustce w trakcie *pobytu w szpitalu*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 6

- 1) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w *szpitalu* trwający nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 1 dzień w przypadku pobytu w *szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych *obrażeń ciała*,
 - b) 4 dni w przypadku pobytu w *szpitalu* w celu leczenia *choroby* lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego,
 - c) 10 dni od dnia porodu w przypadku pobytu w związku z powikłaniami poporodowymi,w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia *współmałżonka* do *szpitala*, a kończy się w dniu wypisania *współmałżonka* ze *szpitala*; wpis i wypis ze *szpitala* nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 2) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;

- 3) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT)** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wydzielony, specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny funkcjonujący w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym, przeznaczony do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytut); pobyt na OIOK/OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK/OINK nie uważa się: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej ani sal nadzoru pooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiochirurgicznych;
- 4) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 5) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 6) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 7) **sanatorium** – znajdujący się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, zakład lecznictwa zorganizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 8) **rekonwalescencja** – okres następujący bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu, służący powrotowi *Ubezpieczonego* do zdrowia;
- 9) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;
- 10) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka

INDEKS GNFCW/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCW/16/02/01 § 1; § 3 ust. 1, 2, 7; § 5 Załącznik – Wykaz poważnych zachorowań
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFCW/16/02/01 § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia, zgodnie z tabelą poniżej w ramach katalogu A, obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u *współmałżonka poważnego zachorowania*, określonego w Wykazie poważnych zachorowań, stanowiącym załącznik do niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - 1) zdiagnozowane u *współmałżonka choroby* lub
 - 2) przeprowadzone u *współmałżonka zabiegi*, jeżeli w okresie udzielania ochrony z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

Zakres ubezpieczenia

Katalog A
1) angioplastyka wieńcowa
2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych
3) choroba Alzheimera
4) choroba Creutzfeldta-Jakoba
5) choroba neuronu ruchowego
6) choroba Parkinsona
7) dystrofia mięśniowa
8) łagodny guz mózgu
9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
10) niedokrwistość aplastyczna
11) niewydolność nerek
12) nowotwór złośliwy
13) oparzenia
14) operacja aorty brzusznej
15) operacja aorty piersiowej
16) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych

Katalog A

17) przeszczep narządów
18) schyłkowa niewydolność wątroby
19) stwardnienie rozsiane
20) śpiączka
21) udar mózgu
22) utrata kończyn
23) utrata mowy
24) utrata słuchu
25) utrata wzroku
26) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
27) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
28) zapalenie mózgu
29) zawał serca

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z *poważnym zachorowaniem współmałżonka*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w polisie.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku wystąpienia u *współmałżonka poważnego zachorowania* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.
2. Rodzaj oraz data wystąpienia u *współmałżonka poważnego zachorowania* ustalane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju oraz daty wystąpienia u *współmałżonka poważnego zachorowania*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Wystąpienie u *współmałżonka poważnego zachorowania* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem współmałżonek** uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem współmałżonka**.

! Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem**.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.unia.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z **poważnym zachorowaniem**. Terminy konsultacji w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na: – stronie www.unia.pl – infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia **współmałżonka**, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile **współmałżonek** nie wskazuje późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile **współmałżonek** nie wskazuje późniejszego terminu, w jakim chciałby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności terminu dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej.
5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
Gwarancja dostępności terminu odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.
Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty* **współmałżonek** lub zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej*, należącej do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez **współmałżonka** za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego **współmałżonek** zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. **Współmałżonek** ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa, za pośrednictwem infolinii medycznej, na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie*.

8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, o których mowa w ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.unia.pl i w siedzibie Towarzystwa), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! **Współmałżonek** może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie *placówki medycznej*, jeżeli taką zgodę uzyska za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

Ograniczenie odpowiedzialności. W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie za pierwszorazowe wystąpienie u **współmałżonka** **poważnego zachorowania** w czasie odpowiedzialności z tytułu niniejszych OWUD, z zastrzeżeniem iż w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, pomostowania (by-pass) naczyń wieńcowych, zawału serca – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu – zostanie wypłacone świadczenie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 3) niewydolności nerek, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności wątroby – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 5) operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej – zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia u **współmałżonka** tylko jednego z wymienionych **poważnych zachorowań**;
 - 6) śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – świadczenie nie jest należne, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, iż śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego **poważnego zachorowania**, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;
 - 7) nowotworu złośliwego – wypłacane jest tylko jedno świadczenie niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
2. Po wystąpieniu u **współmałżonka** danego **poważnego zachorowania**, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie tego **poważnego zachorowania**.

! Świadczenie wypłacane jest za pierwszorazowe wystąpienie **poważnego zachorowania** **współmałżonka** w czasie odpowiedzialności Towarzystwa, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w niniejszych OWUD.

Przykładowo: Jeśli zostało wypłacone świadczenie z tytułu zawału serca **współmałżonka**, a następnie zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu udaru mózgu **współmałżonka** to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – takie świadczenie zostanie wypłacone. Jeśli jednak zostało zgłoszone uprzednio roszczenie z tytułu zawału serca **współmałżonka** i wypłacono świadczenie z tego tytułu, a następnie zgłoszone zostanie roszczenie z tytułu angioplastyki wieńcowej, to takie świadczenie nie zostanie wypłacone.

Ale jeśli *Ubezpieczony*, który zgłosił roszczenie z tytułu zawału serca **współmałżonka**, zgłosi następnie roszczenie z tytułu śpiączki **współmałżonka**, to świadczenie zostanie wypłacone, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa po wystąpieniu danego **poważnego zachorowania** w zakresie tego **poważnego zachorowania**.

3. Prawo do świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* zostanie przyznane pod warunkiem, że **współmałżonek** pozostał przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty wystąpienia **poważnego zachorowania**.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) *poważnych zachorowań*, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty poprzedniego wystąpienia *poważnego zachorowania*, w związku z którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) *poważnych zachorowań*, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia *współmałżonka* wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie poważnych zachorowań, poz. 26) i 27);
- 3) *poważnych zachorowań* będących następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;

- 2) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 3) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 4) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka

INDEKS GNFO MW/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
-------------------	--

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01

§ 1; § 4

Tabela operacji medycznych

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFO/16/02/01

§ 2 ust. 2, 4; § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *współmałżonka*.

! Definicja *współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *operację medyczną* przeprowadzoną u *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU, spowodowaną:

- 1) *chorobą*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU lub
- 2) *obrażeniami ciała*, zaistniałymi w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU.

! Definicja *operacji medycznej*, *choroby* i *obrażeń ciała* znajduje się w § 4 niniejszych OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *operacji medycznej* *współmałżonka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 1 klasy;
 - 2) 30% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 2 klasy;
 - 3) 10% *sumy ubezpieczenia* – w przypadku *operacji medycznej* 3 klasy;zgodnie z Tabelą operacji medycznych, stanowiącą załącznik do niniejszych OWU.
2. Niezależnie od liczby *operacji medycznych* *współmałżonka*, jeżeli zostały przeprowadzone w okresie kolejnych 60 dni, *Ubezpieczonemu* przysługuje tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych *operacji medycznych* *współmałżonka*, ustalone zgodnie z Tabelą operacji medycznych.
3. Klasa *operacji medycznej* i data jej przeprowadzenia potwierdzane są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie klasy operacji i daty jej przeprowadzenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wy-

- konania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
4. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWU.

! Wysokość świadczenia, jakie Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* w przypadku przeprowadzenia *operacji medycznej*, zależy od zakwalifikowania danej operacji do odpowiedniej klasy operacji, zgodnie z Tabelą operacji medycznych.

Jeżeli w okresie kolejnych 60 dni przeprowadzono u *współmałżonka* kilka *operacji medycznych*, wówczas należy jedno najwyższe świadczenie w związku z przeprowadzonymi *operacjami medycznymi*. Przeprowadzenie *operacji medycznej* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 3

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWU nie zostanie wypłacone w związku z *operacją medyczną*:
 - 1) w której *współmałżonek* był dawcą organów lub narządów;
 - 2) będącą operacją kosmetyczną lub plastyczną z wyjątkiem *operacji medycznej* niezbędnej do usunięcia następstw *nieszczęśliwych wypadków* zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU lub choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWU;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu implantowania zębów;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWU nie przysługuje, jeżeli *współmałżonek* zmarł w trakcie *operacji medycznej*.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) **operacja medyczna** – zabieg medyczny przeprowadzony przez lekarza w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, w trakcie pobytu *Ubezpieczonego w placówce medycznej* na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej, wymieniony w Tabeli operacji medycznych; wyróżnia się następujące rodzaje operacji medycznych:
 - a) operacja medyczna metodą endoskopową – zabieg chirurgiczny polegający na takim otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub narządów wewnętrznych, które uniemożliwia czynności, określone w terminologii medycznej jako rękocyny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,

- b) operacja medyczna metodą otwartą – zabieg chirurgiczny polegający na otwarciu jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych połączony z czynnościami, określonymi w terminologii medycznej jako rękocyny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
- c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczyniowe, z użyciem endoskopu);
jeżeli w Tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja medyczna jest wykonywana, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za operację medyczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
- 4) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka

INDEKS GNFS/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFS/16/02/01 § 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFS/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFS/16/02/01
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.	

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

W przypadku śmierci *dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFW/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1 § 2 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *dziecka*.

! Definicja *dziecka*
• znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *dziecka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku*
• znajduje się w § 38 OWU.

2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *dziecka*.

! W przypadku śmierci *dziecka* Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy mieć na uwadze, że warunkiem wypłaty świadczenia jest powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *dziecka*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *dziecka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFUUCD/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1 Tabela uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 2 ust. 2 § 3 ust. 2

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka* powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD. Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*.
2. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż *suma ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Za każdy 1% *uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczony* otrzyma świadczenie w wysokości 1% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

W jaki sposób ustalana jest kwota świadczenia

§ 3

1. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka, stanowiącą załącznik do niniejszych OWUD.
2. Suma świadczeń w związku z jednym *nieszczęśliwym wypadkiem* nie może przekroczyć *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
3. Warunkiem rozpatrzenia zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia jest dostarczenie dokumentacji medycznej potwierdzającej zajście zdarzenia. Procent *uszczerbku lub uszkodzenia ciała* ustalany jest na podstawie dokumentacji medycznej.
4. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie procentu *uszczerbku lub uszkodzenia ciała*, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z Tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka. Podstawą wypłaty świadczenia jest dokumentacja medyczna potwierdzająca zajście zdarzenia, którą należy dostarczyć do Towarzystwa. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

uszczerbek lub uszkodzenie ciała – następstwa *nieszczęśliwego wypadku* wymienione w Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu

INDEKS GNFPWD/16/02/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFPWD/16/02/01 § 1; § 3 ust. 1, 2, 4, 5, 10 § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFPWD/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFPWD/16/02/01 § 2 ust. 2, 3 § 3 ust. 3 § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *pobyt dziecka w szpitalu*, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, w celu leczenia:

- 1) *choroby*, która została zdiagnozowana lub z powodu której rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u *dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
- 2) *obrażeń ciała*, zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, spowodowanych *nieszczęśliwym wypadkiem*, a także *wypadkiem komunikacyjnym*.

! Definicje: *szpitala*, *choroby*, *obrażeń ciała*, *wypadku komunikacyjnego* znajdują się w § 5 niniejszych OWUD.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych w związku z *pobytem dziecka w szpitalu* trwającym co najmniej 10 dni. Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe związane z pobytem dziecka w szpitalu

§ 2

1. W przypadku *pobytu dziecka w szpitalu* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* za każdy dzień *pobytu w szpitalu*, w zależności od przyczyny pobytu, jedno świadczenie wskazane w *polisie*.
2. Jeżeli *pobyt w szpitalu* został spowodowany więcej niż jedną przyczyną objętą ochroną z tytułu niniejszych OWUD, Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, w wysokości odpowiadającej wyższej z kwot należnych za każde z tych zdarzeń.
3. Towarzystwo wypłaci łączne świadczenia za okres nieprzekraczający:

- 30 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby,
- 180 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała,

jednak łącznie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby oraz leczenia obrażeń ciała za okres nieprzekraczający 180 dni *pobytu dziecka w szpitalu*. *Pobyt w szpitalu*, który rozpoczął się w danym roku *polisy* i kontynuowany jest nieprzerwanie w kolejnym roku *polisy*, wliczany jest do limitu roku *polisy*, w którym się rozpoczął.

4. Świadczenie wypłacane jest po zakończeniu *pobytu dziecka w szpitalu*. W przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia obrażeń ciała trwającego co najmniej 1 miesiąc, na wniosek Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci wnioskowaną przez Ubezpieczonego część świadczenia przed zakończeniem tego pobytu.
5. W celu ustalenia prawa do świadczenia – w uzasadnionych przypadkach – Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania *dzieckiem* na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.

! Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie za każdy dzień *pobytu dziecka w szpitalu*. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu.

Towarzystwo wypłaci świadczenie maksymalnie za 180 dni *pobytu dziecka w szpitalu*, w tym za maksymalnie:

- 30 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby,
- 180 dni, w przypadku pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu *pobytu dziecka w szpitalu*, trwającego co najmniej 10 dni, *dziecko* uzyskuje dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, o ile niniejsza *umowa*

dodatkowa została rozszerzona o zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych.

2. *Dziecko ma prawo do skorzystania ze świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia w związku z każdym pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 10 dni z zastrzeżeniem ust. 3.*
3. *Niezależnie od liczby pobyków dziecka w szpitalu trwających co najmniej 10 dni, jeżeli pobyty te były spowodowane tą samą przyczyną, Towarzystwo przyzna tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.*
4. Zakres świadczeń ambulatoryjnych obejmuje:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sól, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) MR oraz tomograf,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
5. Świadczenie obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

! Towarzystwo pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *pobytem dziecka w szpitalu*, trwającym co najmniej 10 dni.

6. Świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez placówki medyczne należące do sieci *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniq.pl. Informacje o aktualnym wykazie placówek medycznych, należących do sieci *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu niniejszych OWUD. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia ambulatoryjne, można uzyskać na:
– stronie www.uniq.pl,
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

7. Konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Uprawnionego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim dziecko skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim dziecko skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD.
3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki oraz chirurgii ogólnej.
5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.
Skierowania lekarskie nie są wymagane.

8. W celu ustalenia miejsca i terminu realizacji świadczeń ambulatoryjnych *Uprawniony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w placówce medycznej należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

9. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Uprawniony* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
10. Dziecko ma prawo do skorzystania z placówki medycznej dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* pod warunkiem uzyskania za pośrednictwem infolinii medycznej zgody Towarzystwa na realizację świadczenia poza siecią *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
11. W przypadku opisanym w ust. 10 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych określonych w § 3 ust. 4, do wysokości sumy ubezpieczenia, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 12.
12. W celu uzyskania zwrotu kosztów świadczeń ambulatoryjnych, poniesionych zgodnie z ust. 10, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniq.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! Dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* placówki medycznej, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.
Towarzystwo pokrywa koszty świadczeń ambulatoryjnych, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpiezonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD nie zostanie wypłacone, jeżeli celem pobytu w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się przez dziecko zabiegowi pozostającemu w związku z porodem fizjologicznym, chyba że celem pobytu w szpitalu jest leczenie choroby dziecka, będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie dziecka operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków *nieszczęśliwego wypadku*, w którym uległo dziecko w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD, lub była skutkiem choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD;
 - 3) wykonanie dziecka rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała dziecka;
 - 4) wykonanie dziecka zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych dziecka;
 - 6) leczenie wad wrodzonych dziecka.
2. Świadczenie nie jest należne za okres, w którym dziecko przebywało na przepustce w trakcie pobytu w szpitalu.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej i w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów powstałe w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*;
- 3) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;

- 4) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 5) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu trwający nieprzerwanie co najmniej:
- 1 dzień w przypadku *pobytu w szpitalu* wyłącznie w celu leczenia doznanych obrażeń ciała,
 - 4 dni w przypadku *pobytu w szpitalu* w celu leczenia choroby lub pobytu związanego z ciążą, wyłączając *pobyt w szpitalu* w wyniku porodu fizjologicznego;
- w rozumieniu niniejszych OWUD okres *pobytu w szpitalu* rozpoczyna się w dniu przyjęcia dziecka do szpitala, a kończy się w dniu wypisania dziecka ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
- 6) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie

przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za *szpital* nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwic, ośrodka leczenia uzależnień, w szczególności od: alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji;

- 7) **Uprawniony** – *Ubezpieczony, dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*;
- 8) **wypadek komunikacyjny** – *nieszczęśliwy wypadek* w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ *Ubezpieczony* jako:
- a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, a także motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem morskim lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzystą,
 - c) pieszym.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka

INDEKS GNFC/16/02/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFC/16/02/01 § 1; § 2 ust. 3, 4; § 3 ust. 1, 2, 7; § 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFC/16/02/01 § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFC/16/02/01 § 2 ust. 2; § 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *dziecka*.

! Definicja *dziecka* znajduje się w § 38 OWU.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pierwszorazowe wystąpienie u dziecka *poważnego zachorowania* określonego w § 5 niniejszych OWUD, rozumianego jako:
 - 1) zdiagnozowane u *dziecka choroby* lub
 - 2) przeprowadzone u *dziecka zabiegi*, jeżeli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD diagnoza lub zabieg miały miejsce po raz pierwszy lub rozpoczęło się postępowanie diagnostyczno-lecznicze.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku zdiagnozowania u *dziecka choroby* lub przeprowadzenia u *dziecka* zabiegu Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie za jedno *poważne zachorowanie dziecka* w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Prawo do świadczenia w związku z zdiagnozowaniem u *dziecka* cukrzycy zostanie przyznane pod warunkiem, że cukrzyca została zdiagnozowana przed ukończeniem przez *dziecko* 18. roku życia, a rodzice *dziecka* nie są diabetykami.

4. Prawo do świadczenia z tytułu niniejszych OWUD zostanie przyznane pod warunkiem, że *dziecko* pozostawało przy życiu przez okres co najmniej 1 miesiąca od daty:
 - 1) zdiagnozowania *choroby* lub
 - 2) przeprowadzenia zabiegu.
5. Rodzaj i data zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu potwierdzone są na podstawie dokumentacji medycznej. Jeżeli na podstawie dokumentacji medycznej nie jest możliwe ustalenie rodzaju i daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania badań medycznych. Badania medyczne przeprowadzane są przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

! Świadczenie zostanie wypłacone, o ile *dziecko* pozostawało przy życiu co najmniej 1 miesiąc od daty zdiagnozowania *choroby* lub przeprowadzenia zabiegu.

! Zdiagnozowanie *poważnego zachorowania* potwierdzone jest na podstawie dokumentacji medycznej lub przeprowadzonych badań medycznych.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem*, *dziecko* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie w związku z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 30 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *poważnym zachorowaniem dziecka*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.unia.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia z tytułu niniejszych OWUD. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:
– stronie www.unia.pl,
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia przez *Uprawnionego*, za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia przez *Uprawnionego*, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 5 niniejszych OWUD.
3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej.
5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.

Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty Uprawnionego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniane są przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia ubezpieczeniowego *Uprawniony* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z *dzieckiem* do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego placówki medycznej*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie* lub innym dokumencie ubezpieczenia.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.unia.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje *poważnych zachorowań dziecka*, które:
 - 1) są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego *dziecka*, które ujawniło się w pierwszych 12 miesiącach życia *dziecka*;
 - 2) są następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

2. Z dniem przyznania prawa do świadczenia z tytułu *poważnego zachorowania danego dziecka* ochrona ubezpieczeniowa wygasa wyłącznie w zakresie dotyczącym tego *dziecka*.

Definicje

§ 5

Co oznaczają poszczególne pojęcia:

- 1) **choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 3) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 4) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;

- 5) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 6) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych *chorób* lub jeden z niżej wymienionych zabiegów u *dziecka*:
 - a) **ciężkie oparzenia** – głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
 - nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
 - b) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź też obu tych zaburzeń;
 - c) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania *choroby*;
 - d) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
 - e) **inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp)** – pierwotne zakażenie wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*), o dużym nasileniu objawów chorobowych, występujące u dzieci, przebiegające pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak między innymi: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne pozostawiające trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają zakażenia pneumokokowe o przebiegu lekkim, niepowikłane lub niepozostawiające trwałych następstw oraz pourazowe wtórne zakażenia pneumokokowe; rozpoznanie ICHp oraz jej trwałych następstw winno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej wydanej przez ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
 - f) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujące się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz wymagające ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
 - g) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia jednoznaczną dokumentacją medyczną; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania *choroby* będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
 - h) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło *choroby* przyjmuje się za datę zaistnienia *choroby*; wykluczeniu podlegają nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (w tym czerniak złośliwy do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnica złośliwa i chłoniaki w 1. stopniu zaawansowania;
 - i) **przeszczep narządu** – przeszczepienie *dziecku* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *dziecka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
 - j) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C trwające ponad 12 miesięcy i potwierdzone obecnością przeciwciał anti-HCV (IgG+), dodatnim wynikiem HCV RNA PCR oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
 - k) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej powstały w wyniku krwipochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny bądź toksyczne metabolity komórek gospodarza, i objawiający się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; w rozumieniu niniejszych OWUD za sepsę uznaje się też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; wykluczeniu podlegają bakteriemia, wiremia i fungemia oraz przypadki sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
 - l) **śpiączka** – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); stan ten winien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
 - m) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie *choroby*, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o badania obiektywne słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - n) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach, spowodowana *chorobą*; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
 - o) **zapalenie mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie *pobytu w szpitalu* rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) skutkujące trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się przez co najmniej 6 miesięcy; wykluczone jest zapalenie mózgu w przebiegu infekcji HIV;
 - p) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakresem ubezpieczenia objęte są również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.
- 7) **Uprawniony** – *Ubezpieczony*, *dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad *dzieckiem*, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych z dzieckiem*.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka

INDEKS GNFD/16/05/01

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

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01

§ 1; § 3 ust. 1, 2, 7; § 4

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy
§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFD/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka*.

! Definicja *urodzenia się dziecka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *urodzenie się żywego dziecka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*. Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie* lub dokumencie *umowy ubezpieczenia*.

! Definicja *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

W przypadku *urodzenia się dziecka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

Kiedy zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów

§ 3

1. W przypadku potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* dziecko uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD rozszerzonych o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu potwierdzenia przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.uniqa.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, można uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po potwierdzeniu przez Towarzystwo *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:
– stronie www.uniqa.pl
– infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Uprawnionego* za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.
3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej.

5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.
Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty* *Uprawniony* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*.

! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia *Uprawniony* zobowiązany jest:
 - 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
7. Dziecko ma prawo do skorzystania z placówki medycznej, wybranej dowolnie przez *Uprawnionego*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów, związane z leczeniem dziecka, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

! Dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* placówki medycznej, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.

Towarzystwo pokrywa koszty konsultacji lekarzy specjalistów, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia formalności związanych ze zgłoszeniem.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);

- 2) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 3) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarów lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 4) **Uprawniony** – *Ubezpieczony*, dziecko lub jeżeli dziecko jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad dzieckiem, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w placówkach medycznych z dzieckiem;
- 5) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
- 6) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka *Ubezpiezonego*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
 - a) przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;
 przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 7) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00-Q99), która została zdiagnozowana przed ukończeniem 1. roku życia dziecka;
- 8) **wcześniak** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka wymagającego leczenia

INDEKS GNFDL/16/05/01

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

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFDL/16/02/01

§ 1; § 2 ust. 2, 3; § 3 ust. 1, 2, 7; § 4

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFDL/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy
§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFDL/16/02/01

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *urodzenie się dziecka wymagającego leczenia*.

! Definicja *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje *urodzenie się dziecka wymagającego leczenia* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów* w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*. Rozszerzenie zakresu potwierdzone jest w *polisie*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* jedno świadczenie z tytułu niniejszych OWUD. Wysokość świadczenia odpowiada:
 - 1) 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, w przypadku:
 - a) *urodzenia się dziecka*, które przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - b) *urodzenia się dziecka z wadą wrodzoną*,
 - c) *urodzenia się dziecka jako wcześniaka*;
 - 2) 150% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD, w przypadku *urodzenia się dziecka*, które przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.

! *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie w przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*.

Jeśli *dziecko* otrzymało od 5 do 8 punktów w skali Apgar, urodziło się z *wadą wrodzoną* lub jako *wcześniak*, wówczas świadczenie będzie wynosiło 100% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD. Jeśli natomiast *dziecko* otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar, wówczas świadczenie będzie wynosiło 150% *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

2. Jeżeli *dziecko* wymagające leczenia urodziło się z *wadą wrodzoną*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że:
 - 1) *wada wrodzona* nie powstała w wyniku *choroby* lub urazów okołoporodowych;
 - 2) *dziecko* przeżyło co najmniej 30 dni od daty urodzenia;

- 3) istnienie *wady wrodzonej* zostało potwierdzone odpowiednimi wynikami badań biochemicznych lub obrazowych;
- 4) wykrycie *wady wrodzonej* nastąpiło po upływie 3 miesięcy nieprzerwanie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.
3. Jeżeli *dziecko* wymagające leczenia urodziło się jako *wcześniak*, świadczenie zostanie wypłacone, pod warunkiem że *dziecko* żyło przynajmniej 2 tygodnie od dnia porodu.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które warunkują wypłatę świadczenia w przypadku *urodzenia się dziecka wymagającego leczenia*, które urodziło się z *wadą wrodzoną*.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe, w przypadku rozszerzenia zakresu umowy dodatkowej o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów

§ 3

1. W przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia* *dziecko* uzyskuje dostęp do konsultacji *lekarzy specjalistów*, o ile zakres *umowy dodatkowej* został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*.
2. Świadczenie z tytułu niniejszych OWUD rozszerzonych o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów* obejmuje zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania przez Towarzystwo prawa do świadczenia w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*.

! Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty maksymalnie 12 konsultacji *lekarzy specjalistów*, realizowanych w ciągu pierwszych 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu przyznania prawa do świadczenia w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*.

3. Konsultacje *lekarzy specjalistów* realizowane są przez *placówki medyczne* należące do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, których aktualny wykaz znajduje się na stronie www.unia.pl. Informacje o aktualnym wykazie *placówek medycznych*, należących do sieci podstawowej *Partnera Medycznego*, *Uprawniony* może uzyskać także za pośrednictwem infolinii medycznej, udostępnionej niezwłocznie po przyznaniu świadczenia w związku z *urodzeniem się dziecka wymagającego leczenia*. Terminy wizyt w placówkach umawiane są wyłącznie za pośrednictwem infolinii.

- ! Dostęp do aktualnego wykazu *placówek medycznych*, w których realizowane są konsultacje *lekarzy specjalistów*, można uzyskać na:
 - stronie www.uniqa.pl
 - infolinii medycznej, udostępnionej po przyznaniu świadczenia.

4. Konsultacje *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia *Uprawnionego* za pośrednictwem całodobowej infolinii medycznej, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Konsultacje lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile *Uprawniony* nie wskaże późniejszego terminu, w jakim *dziecko* skorzysta ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji. Konsultacje *lekarzy specjalistów* nie wymagają skierowania lekarskiego.

- ! Definicja *Uprawnionego* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.
- 3 dni robocze – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację *lekarzy specjalistów* z zakresu dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej.
- 5 dni roboczych – tyle wynosi czas oczekiwania na konsultację lekarzy w zakresie pozostałych specjalizacji.
- Gwarancja dostępności odnosi się do konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie do konkretnego lekarza.
- Skierowania lekarskie nie są wymagane.

5. W celu ustalenia miejsca i terminu konsultacji *lekarza specjalisty Uprawnionego* zobowiązany jest uzgodnić za pośrednictwem infolinii miejsce i termin realizacji świadczenia w *placówce medycznej* należącej do sieci *Partnera Medycznego*.

- ! Miejsce i termin realizacji konsultacji uzgadniany jest przez *Uprawnionego* za pośrednictwem infolinii medycznej.

6. W celu realizacji świadczenia *Uprawniony* zobowiązany jest:
- 1) w uzgodnionym terminie zgłosić się wraz z *dzieckiem* do wskazanej *placówki medycznej*;
 - 2) przedstawić w *placówce medycznej* dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników *placówki medycznej*.
7. *Dziecko* ma prawo do skorzystania z *placówki medycznej*, wybranej dowolnie przez *Uprawnionego*, pod warunkiem uzyskania zgody Towarzystwa za pośrednictwem infolinii medycznej na realizację świadczenia poza siecią podstawową *Partnera Medycznego*. W takim przypadku Towarzystwo pokryje poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów* do wysokości limitu refundacyjnego, określonego w *polisie*.
8. W przypadku opisanym w ust. 7 powyżej Towarzystwo zwróci *Ubezpieczonemu* poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, związane z leczeniem *dziecka*, do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych, licząc od dnia otrzymania prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 9.
9. W celu uzyskania zwrotu kosztów konsultacji *lekarzy specjalistów*, poniesionych zgodnie z ust. 7, *Ubezpieczony* zobowiązany jest złożyć u *Partnera Medycznego* wniosek o refundację kosztów (dostępny na www.uniqa.pl i w siedzibie Towarzystwa) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami oraz oryginał faktury lub rachunku za wykonanie danej konsultacji.

- ! *Dziecko* może skorzystać z dowolnie wybranej przez *Uprawnionego* *placówki medycznej*, jeżeli *Uprawniony* uzyska taką zgodę za pośrednictwem infolinii medycznej Towarzystwa.
- Towarzystwo pokrywa poniesione koszty konsultacji *lekarzy specjalistów*, do wysokości limitu refundacyjnego, dokonując zwrotu tych kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dopełnienia przez *Ubezpieczonego* formalności związanych ze zgłoszeniem.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

- 1) **lekarz specjalista** – lekarz specjalista, uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyń, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 2) **Partner Medyczny** – operator medyczny, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach *umowy ubezpieczenia*;
- 3) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 4) **Uprawniony** – *Ubezpieczony*, *dziecko* lub, jeżeli *dziecko* jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad dzieckiem, uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w *placówkach medycznych* z *dzieckiem*;
- 5) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego *dziecka Ubezpieczonego*, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym *Ubezpieczony* wymieniony jest jako rodzic dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
 - a) przy urodzeniu otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z *wadą wrodzoną*,
 - c) urodziło się jako *wcześnieśnik*;
 przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- 6) **wada wrodzona** – nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, doprowadzająca do zmian morfologicznych danego narządu, narządów lub części ciała, zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale XVII „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” (Q00-Q99), która została zdiagnozowana przed ukończeniem 1. roku życia dziecka;
- 7) **wcześnieśnik** – żywy noworodek, który urodził się przed 36. tygodniem ciąży z wagą poniżej 2500 g; poród przedwczesny oraz wiek korygowany płodu muszą być potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się martwego noworodka

INDEKS GNFSB/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 1; § 3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01
Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.	
Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia § 1 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie noworodka. 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje <i>urodzenie się martwego noworodka</i> w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.	Co oznaczają poszczególne pojęcia § 3 urodzenie się martwego noworodka – urodzenie się martwego noworodka, które nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym <i>Ubezpieczony</i> wymieniony jest jako rodzic tego <i>dziecka</i> .
W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 2 W przypadku <i>urodzenia się martwego noworodka</i> Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości <i>sumy ubezpieczenia</i> z tytułu niniejszych OWUD.	Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego

INDEKS GNFSR/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 1
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GN/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica *Ubezpieczonego* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

W przypadku śmierci rodzica *Ubezpieczonego* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica *Ubezpieczonego*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

rodzic Ubezpieczonego – matka lub ojciec *Ubezpieczonego* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *Ubezpieczonego* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- a) żoną ojca *Ubezpieczonego* lub wdową po ojcu *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci ojca *Ubezpieczonego* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- b) mężem matki *Ubezpieczonego* lub wdowcem po matce *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci matki *Ubezpieczonego* nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFWSR/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie rodziców *Ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć rodzica *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci rodzica *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią rodzica *Ubezpieczonego*.

! W przypadku śmierci rodziców *Ubezpieczonego* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *Ubezpieczony* otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy mieć na uwadze, że warunkiem wypłaty świadczenia jest powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią rodzica *Ubezpieczonego*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego rodzica *Ubezpieczonego*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

rodzic Ubezpieczonego – matka lub ojciec *Ubezpieczonego* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *Ubezpieczonego* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- a) żoną ojca *Ubezpieczonego* lub wdową po ojcu *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci ojca *Ubezpieczonego* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- b) mężem matki *Ubezpieczonego* lub wdowcem po matce *Ubezpieczonego*, o ile po śmierci matki *Ubezpieczonego* nie wstąpił ponownie w związek małżeński.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka

INDEKS GNFST/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 1; § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 w zw. z postanowieniami polisy § 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNF/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *rodziców współmałżonka*.

! Definicja *rodzica współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *rodzica współmałżonka* w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

W przypadku śmierci *rodzica współmałżonka* Towarzystwo wypłaci *Ubezpieczonemu* świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego *rodzica współmałżonka*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

rodzic współmałżonka – matka lub ojciec *współmałżonka* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *współmałżonka* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- a) żoną ojca *współmałżonka* lub wdową po ojcu *współmałżonka*, o ile po śmierci ojca *współmałżonka* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- b) mężem matki *współmałżonka* lub wdowcem po matce *współmałżonka*, o ile po śmierci matki *współmałżonka* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;

rodzice współmałżonka po śmierci *współmałżonka* pozostają w rozumieniu OWUD *rodzicami współmałżonka*, o ile Ubezpieczony nie zawarł ponownie związku małżeńskiego.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

INDEKS GNFWST/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 1; § 2 ust. 2; § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFW/16/02/01 § 3

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie *rodziców współmałżonka*.

! Definicja *rodzica współmałżonka* znajduje się w § 4 niniejszych OWUD.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć *rodzica współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

! Definicja *nieszczęśliwego wypadku* znajduje się w § 38 OWU.

W jakich sytuacjach zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. W przypadku śmierci *rodzica współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości *sumy ubezpieczenia* z tytułu niniejszych OWUD.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *rodzica współmałżonka*.

! W przypadku śmierci *rodziców współmałżonka* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu niniejszych OWUD.

Należy mieć na uwadze, że warunkiem wypłaty świadczenia jest powiązanie przyczynowo-skutkowe pomiędzy *nieszczęśliwym wypadkiem* i śmiercią *rodzica współmałżonka*.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są w § 16 OWU.

W jakich sytuacjach wygasa ochrona ubezpieczeniowa

§ 3

Poza przypadkami wskazanymi w § 23 OWU „Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej” ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszych OWUD wygasa z dniem wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią drugiego *rodzica współmałżonka*.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 4

rodzic współmałżonka – matka lub ojciec *współmałżonka* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za *rodzica współmałżonka* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- a) żoną ojca *współmałżonka* lub wdową po ojcu *współmałżonka*, o ile po śmierci ojca *współmałżonka* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- b) mężem matki *współmałżonka* lub wdowcem po matce *współmałżonka*, o ile po śmierci matki *współmałżonka* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;

rodzice współmałżonka po śmierci *współmałżonka* pozostają w rozumieniu OWUD *rodzicami współmałżonka*, o ile Ubezpieczony nie zawrze ponownie związku małżeńskiego.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpiezonego oraz jego rodziny Opieka24 i Opieka24 Plus

INDEKS GNFSO/16/02/01

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

Rodzaj informacji

Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSO/16/02/01

§ 1; § 2

§ 3 ust. 1, 3, 4; § 5

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

§ 32 ust. 1 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSO/16/02/01

§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFSO/16/02/01

§ 3 ust. 5, 6

§ 4

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie *Ubezpiezonego, współmałżonka, dziecka, rodzica Ubezpiezonego lub rodzica współmałżonka*.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń z tytułu niniejszych OWUD są:
 - 1) *Ubezpieczony;*
 - 2) *współmałżonek;*
 - 3) *dziecko zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym w miejscu zamieszkania;*
 - 4) *rodzic Ubezpiezonego lub rodzic współmałżonka – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16).*
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) *rozstrój zdrowia w następstwie nagłego zachorowania;*
 - 2) *obrażenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;*
 - 3) *pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15);*
 - 4) *urodzenie się dziecka Ubezpiezonego.*
4. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia *Ubezpiezonemu, współmałżonkowi oraz dziecku* świadczeń polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1, oraz rodzicowi *Ubezpiezonego lub rodzicowi współmałżonka – świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych w § 2 ust. 1 pkt 16).*
5. Dodatkowe ubezpieczenie świadczeń opiekuńczych dla *Ubezpiezonego* oraz jego rodziny może zostać zawarte jako:
 - 1) *Opieka24, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł lub*
 - 2) *Opieka24 Plus, w której suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której realizowane są świadczenia wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1)–15), wynosi 3000 zł, a w przypadku gdy zdarzeniem ubezpieczeniowym stanowiącym podstawę udzielenia świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 1)–15) był wypadek komunikacyjny wynosi – 6000 zł.*
6. *Sumy ubezpieczenia* wymienione w ust. 5 mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

! Suma ubezpieczenia może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Jakie świadczenia zostaną przyznane

§ 2

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej na poniżej określonych zasadach:
 - 1) *opieka po hospitalizacji – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego powinna pozostawać w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania;*
 - 2) *dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza prowadzącego na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu; Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków;*
 - 3) *transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do placówki medycznej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem Centrum Operacyjnego; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;*
 - 4) *transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia przebywała w placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki*

medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym;

- 5) transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej – w przypadku gdy placówka medyczna, w której na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przebywa osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia skierowana została na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej odpowiadającej wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej;
- 6) wizyta lekarska – Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie jest organizowane, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego;
- 7) wizyta pielęgniarki – Towarzystwo – na zlecenie lekarza prowadzącego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu, jeżeli powyższe jest konieczne w związku z nieszczęśliwym wypadkiem; świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
 - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - b) wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - c) wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego,
 - d) wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się;
- 8) rehabilitacja – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- 9) wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty, powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny; dodatkowo Towarzystwo organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania; Towarzystwo zapewnia dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego oraz pokrywa w granicach sumy ubezpieczenia:
 - a) koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - b) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji; Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach;
- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji gdy przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji, Towarzystwo – na wniosek Ubezpieczonego – zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);warunkiem otrzymania wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu przez Ubezpieczonego następujących danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi: imię i nazwisko, dane teleadresowe; Centrum Operacyjne świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki; w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki, w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego, pod wskazanym przez

Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione – maksymalnie do 3 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;

powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;

- 11) korepetycje – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej w czasie nieobecności dziecka (z wyłączeniem materiału dydaktycznego o charakterze specjalistycznym lub zawodowym, w odniesieniu do całej grupy przedmiotów); dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego);
- 12) łóżko szpitalne dla prawnego opiekuna dziecka – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecko jest hospitalizowane, Towarzystwo zorganizuje i pokryje koszty łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane, o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość; świadczenie będzie realizowane zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia;
- 13) opieka domowa po hospitalizacji – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinna przebywać po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej, Towarzystwo zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania – do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie – w niżej wymienionym zakresie:
 - a) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby,
 - b) niezbędne porządki,
 - c) dostawa/przygotowanie posiłków,
 - d) opieka nad zwierzętami domowymi,
 - e) podlewanie kwiatów;niniejsze świadczenie przysługuje jedynie w przypadku, gdy w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić; ubezpieczeniem objęta jest wyłącznie dostawa wyżej wymienionych artykułów bez kosztów zakupu samych produktów, które to koszty pokrywa Ubezpieczony;
- 14) wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka – w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, na wniosek Ubezpieczonego lub współmałżonka, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty jednej wizyty (tj. dojazdu oraz honorarium) położnej, w miejscu zamieszkania;
- 15) pomoc psychologa – w przypadku gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) śmierć dziecka,
 - c) urodzenie się martwego dziecka,
 - d) śmierć współmałżonka,
 - e) poronienie,
 - f) rozstrój zdrowia Ubezpieczonego,
 - g) rozstrój zdrowia współmałżonka,
 - h) rozstrój zdrowia dziecka,osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa; Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii; Towarzystwo, na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
- 16) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka – Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego oraz rodzicowi współmałżonka organizację i pokrycie kosztów następujących usług:
 - a) opieka po hospitalizacji – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospita-

lizacji, w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,

- b) transport na wizytę kontrolną – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka był hospitalizowany przez okres co najmniej 5 dni oraz zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego powinien udać się na wizytę kontrolną, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku z miejsca zamieszkania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka do placówki medycznej,
 - c) asysta – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego rodzic Ubezpieczonego lub rodzic współmałżonka wymaga transportu medycznego do placówki medycznej i z powrotem, Towarzystwo zapewni zorganizowanie i pokrycie honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi Ubezpieczonego lub rodzicowi współmałżonka podczas tego transportu oraz pomoże przy załatwieniu w placówce medycznej formalności związanych z rejestracją i wypisem ze szpitala; Towarzystwo pokrywa koszty tego świadczenia do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe,
 - d) infolinia medyczna – na wniosek rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka Towarzystwo zapewnia udzielenie pierwszej konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego drogą telefoniczną na podstawie informacji przekazanych przez rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka; ogólna informacja, o której mowa powyżej, nie stanowi porady medycznej; Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji; świadczenie jest realizowane, o ile stan zdrowia rodzica Ubezpieczonego lub rodzica współmałżonka nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego;
- 17) przekazywanie pilnej wiadomości od Ubezpieczonego, współmałżonka lub dziecka – na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Operator Centrum Operacyjnego przekazuje wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa;
- 18) infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, a także o warunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń; Towarzystwo gwarantuje również dostęp do informacji na temat:
- a) jednostek chorobowych,
 - b) stanów wymagających nagłej pomocy,
 - c) zachowań prozdrowotnych,
 - d) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
 - e) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
 - f) przygotowania się do porodu,
 - g) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
 - h) badań prenatalnych,
 - i) szkół rodzenia,
 - j) karmienia noworodka,
 - k) obowiązkowych szczepień dzieci,
 - l) pielęgnacji niemowląt,
- m) transportu medycznego,
- n) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
 - o) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,
 - p) aptek znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
 - q) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
 - r) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
 - s) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - t) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - u) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
 - v) domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - w) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
- informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum Operacyjnego i Towarzystwa.
2. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, może ona zostać wykonana przez Centrum

Operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek, przedstawiciel ustawowy dziecka, a także dziecko, gdy jest pełnoletnie, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez Towarzystwo sumą ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia określona w § 1 ust. 5 odnosi się łącznie do Ubezpieczonego, współmałżonka i dziecka.

3. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe § 3

1. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych OWUD, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązane są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba kontaktująca się w jej imieniu powinna dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. W przypadku zaistnienia takiej konieczności, na żądanie Centrum Operacyjnego, zarówno osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, jak również osoba występująca w jej imieniu są zobowiązane:
 - 1) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także numer PESEL i w miarę możliwości jej numer telefonu;
 - 2) podać numer polisy ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu nie mogły skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym same pokryły koszty usług medycznych, o których mowa w niniejszych OWUD, Towarzystwo zwróci w całości bądź częściowo (w zależności od tego, jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne) poniesione koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty ustania przyczyn uniemożliwiających skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zweryfikowaniu ich zasadności przez Centrum Operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów, jakie poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż wysokość sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenia odnoszące się do zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną Towarzystwa są realizowane przez czas maksymalnie 12 miesięcy, licząc od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje, z zastrzeżeniem postanowień opisu świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 14).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia całkowitych kosztów, jakie Towarzystwo poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły któregośkolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Podanie nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje odmowę zwrotu kosztów. W przypadku podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo może zażądać zwrotu poniesionych kosztów.
7. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych OWUD może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej udokumentowanych przez Towarzystwo.

W jakich sytuacjach nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 4

1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne, w zakresie

w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji;

- 2) zdarzenia skutkujące powstaniem zagrożenia życia, wymagające natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia związane z zagrożeniem życia zdefiniowane tak na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego do *Centrum Operacyjnego* – w takim przypadku Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli kwalifikacja danego zdarzenia jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji nastąpiły na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji *Centrum Operacyjnego*, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 3;
 - 3) kosztów zakupu leków;
 - 4) kosztów wypożyczenia *sprzętu rehabilitacyjnego*, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 2 ust. 1 pkt 8) niniejszych OWUD, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) pozostawiania pod wpływem alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
 - d) użycia przez osobę, w stosunku do której realizowane mają być świadczenia określone w niniejszych OWUD, narkotyków lub innych substancji toksycznych, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - f) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
 - g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział *Ubezpiezonego* we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych,
 - j) *chorób przewlekłych*,
 - k) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych,
 - l) szczepień,
 - m) leczenia dentystrycznego,
 - n) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza *Centrum Operacyjnego*.

! Należy zwrócić uwagę na powyżej wymienione okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia

§ 5

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych OWUD, wskazana przez Towarzystwo i działająca w jego imieniu;
- 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona, lub choroba będąca przyczyną *hospitalizacji* w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
- 5) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;

- 6) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez *Centrum Operacyjne* i uprawniona do występowania w imieniu *Centrum Operacyjnego*;
- 7) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia *placówki medycznej*, w której osoba ta poddała się leczeniu;
- 8) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w którym *Ubezpieczony*, *współmałżonek* lub *dziecko* przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela *Centrum Operacyjnego* spełnia warunki realizacji świadczeń Opieka24 lub Opieka24 Plus;
- 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazane przez *Ubezpiezonego*, *współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;
- 10) **nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu *Ubezpiezonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpiezonego* lub rodzica *współmałżonka*, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich chorób, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej *Ubezpieczonemu*, *współmałżonkowi* lub *dziecku* zgodnie z niniejszymi OWUD;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia *Ubezpiezonego*, *współmałżonka*, *dziecka* lub (tylko dla świadczeń wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 16) rodzica *Ubezpiezonego* lub rodzica *współmałżonka*, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego *Ubezpieczony*, *współmałżonek*, *dziecko*, rodzic *Ubezpiezonego* lub rodzic *współmałżonka* niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł;
- 12) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni;
- 14) **rodzic Ubezpiezonego** – matka lub ojciec *Ubezpiezonego* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *Ubezpiezonego* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca *Ubezpiezonego* lub wdową po ojcu *Ubezpiezonego*, o ile po śmierci ojca *Ubezpiezonego* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki *Ubezpiezonego* lub wdowcem po matce *Ubezpiezonego*, o ile po śmierci matki *Ubezpiezonego* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 15) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec *współmałżonka* w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodzica *współmałżonka* uznaje się również osobę będącą w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) żoną ojca *współmałżonka* lub wdową po ojcu *współmałżonka*, o ile po śmierci ojca *współmałżonka* nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki *współmałżonka* lub wdowcem po matce *współmałżonka*, o ile po śmierci matki *współmałżonka* nie wstąpił ponownie w związek małżeński;rodzice *współmałżonka* po śmierci *współmałżonka* pozostają w rozumieniu OWUD rodzicami *współmałżonka*, o ile *Ubezpieczony* nie zawarł ponownie związku małżeńskiego;
- 16) **roztwór zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, z wyjątkiem *chorób przewlekłych*;
- 17) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 18) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego *Ubezpieczony* jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 19) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 20) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
 - a) roztworu zdrowia w następstwie nagłego zachorowania,
 - b) obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 15),
 - d) urodzenia się *dziecka Ubezpiezonego* – wyłączenie w zakresie świadczenia wizyty położnej w przypadku urodzenia się dziecka.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc

INDEKS GNFA/16/05/01

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

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
-------------------	--

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFA/16/02/01 § 1; § 2; § 3 ust. 1, 2; § 5
---	---

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 33 Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNFA/16/02/01 § 3 ust. 3; § 4
--	--

Pamiętaj, że Formularz do OWU umów dodatkowych należy czytać łącznie z Formularzem do OWU na życie Ochrona z Plusem.

Jaki jest przedmiot ubezpieczenia

§ 1

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie:
 - Ubezpieczonego, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie indywidualnej,
 - Ubezpieczonego, współmałżonka, dziecka, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie rodzinnej.
- Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia z tytułu niniejszych OWUD są:
 - Ubezpieczony, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie indywidualnej,
 - Ubezpieczony, współmałżonek, dziecko, jeżeli umowa dodatkowa zawarta jest w formie rodzinnej.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje urazy powstałe w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszych OWUD.

Jakie świadczenia zostaną przyznane

§ 2

- W przypadku zaistnienia *nieszczęśliwego wypadku* osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się do organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów świadczeń w zakresie i na zasadach opisanych poniżej.
- O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych poniżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
- Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wymienionych w niniejszych OWUD przekroczy limity zdefiniowane dla danego świadczenia, może zostać wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem dla określonego świadczenia.
- Wszystkie poniżej wymienione świadczenia realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
- W przypadku zaistnienia *nieszczęśliwego wypadku* osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia przysługuje prawo do skorzystania z maksymalnie 20 spośród poniżej wymienionych świadczeń:

Pomoc medyczna

1) Konsultacja chirurga

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u lekarza chirurga.

2) Konsultacja okulisty

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u okulisty.

3) Konsultacja otolaryngologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u otolaryngologa.

4) Konsultacja ortopedy

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u ortopedy.

5) Konsultacja kardiologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u kardiologa.

6) Konsultacja neurologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u neurologa.

7) Konsultacja pulmonologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u pulmonologa.

8) Konsultacja lekarza rehabilitacji

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u lekarza rehabilitacji.

9) Konsultacja neurochirurga

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u neurochirurga.

10) Konsultacja psychologa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty wizyt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia u psychologa.

11) Zabiegi ambulatoryjne

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty zabiegów medycznych wykonanych na rzecz osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w warunkach ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych, stanowiącej Załącznik do niniejszych OWUD.

12) Badania laboratoryjne

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań laboratoryjnych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie zleconych badań, które traktowane są jako jedno świadczenie z limitu całkowitego do wykorzystania.

13) Badania radiologiczne

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań radiologicznych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

14) Badania ultrasonograficzne

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty badań ultrasonograficznych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

15) Pakiet rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga rehabilitacji – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty jednego z poniższych świadczeń:

1) wizyt fizjoterapeuty w *miejscu pobytu* osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia albo

2) wizyty osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliżej jej *miejsca pobytu* w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych.

Świadczenie Pakiet rehabilitacyjny składa się z maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

16) Tomografia komputerowa

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty tomografii komputerowej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

17) Rezonans magnetyczny

Centrum Operacyjne, w oparciu o pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, zorganizuje i pokryje koszty rezonansu magnetycznego osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

Pomoc opiekuńcza

18) Opieka pielęgniarska

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga opieki pielęgniarskiej w *miejscu pobytu* – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego – *Centrum Operacyjne* zorganizuje oraz pokryje koszty dojazdu i honorarium pielęgniarki w celu zapewnienia osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia opieki pielęgniarskiej w zakresie zaleconym przez lekarza prowadzącego i możliwym do wykonania w *miejscu pobytu*. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty pielęgniarki. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

19) Sprzęt rehabilitacyjny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza *Centrum Operacyjnego* – powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty wypożyczenia albo zakupu oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do *miejsca pobytu*. Maksymalny koszt zakupu lub wypożyczenia wynosi 800 zł. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz. *Centrum Operacyjne* nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach.

20) Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w *placówce medycznej* znajdującej się powyżej 50 km od *miejsca zamieszkania*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu wskazanej przez nią osoby z *miejsca jej pobytu* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do *placówki medycznej*, w której osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do *miejsca jej zamieszkania* na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej po zakończonej hospitalizacji. Transport odbywa się:

1) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km);

2) pociągiem I klasy lub autobusem;

3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin;

w tym, w odniesieniu do pkt. 2) i 3) również transport taksówką do i z dworca lub lotniska.

21) Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga hospitalizacji przez okres dłuższy niż 4 dni w *placówce medycznej* znajdującej się powyżej 50 km od *miejsca zamieszkania*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty zakwaterowania wskazanej przez nią osoby w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek, znajdującym się najbliżej *miejsca hospitalizacji*. Świadczenie obejmuje zakwaterowanie przez maksymalnie 4 doby hotelowe i obejmuje nocleg wraz ze śniadaniem. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

22) Transport do placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* zaistniała konieczność przewiezienia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia do *placówki medycznej*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty jej transportu wraz z osobą przez nią wskazaną z *miejsca pobytu* do odpowiedniej *placówki medycznej* dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia środkiem transportu. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

23) Transport pomiędzy placówkami medycznymi

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia znalazła się w *placówce medycznej*, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jej zdrowia, lub jest ona skierowana na zabieg lub badania lekarskie do innej *placówki medycznej*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia wraz z osobą przez nią wskazaną pomiędzy *placówkami medycznymi*. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem *Centrum Operacyjnego* i odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

24) Transport z placówki medycznej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana i wymaga transportu z *placówki medycznej* do *miejsca zamieszkania* zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu wraz z osobą przez nią wskazaną, środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

25) Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia musi udać się, zgodnie z otrzymanym wezwaniem, na komisję lekarską, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu tej osoby wraz z osobą przez nią wskazaną z *miejsca zamieszkania* do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do *miejsca zamieszkania*, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

26) Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 4 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji powinna udać się na wizytę kontrolną do *placówki medycznej*, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty transportu na taką wizytę oraz transportu powrotnego do *miejsca zamieszkania*, jeżeli ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem. O wyborze środka transportu decyduje lekarz *Centrum Operacyjnego* w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.

27) Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia trafiła do szpitala, *Centrum Operacyjne* zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, takich jak: odzież, przybory toaletowe, okulary, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ww. przedmiotów przedstawicielowi *Centrum Operacyjnego*. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. artykułów.

28) Dostarczenie lekarstw

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia zostały zaordynowane leki przez lekarza prowadzącego i zgodnie z jego pisemnym zaleceniem lub zaleceniem lekarza *Centrum Operacyjnego*, podjętym w oparciu

o dokumentację medyczną, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać *miejsca zamieszkania*, Centrum Operacyjne zorganizuje zakup i pokryje koszty dostarczenia jej leków przepisanych przez lekarza prowadzącego. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego recepty niezbędnej do wykupienia leków. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu ww. leków.

29) Pomoc domowa po hospitalizacji

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej hospitalizacji konieczne jest zapewnienie jej pomocy w *miejscu zamieszkania* – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Operacyjne zorganizuje oraz pokryje koszty honorarium i dojazdu pomocy domowej do *miejsca zamieszkania* osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, pod warunkiem iż nie ma ona możliwości skorzystania z pomocy domowników. Świadczenie obejmuje pomoc w następującym zakresie:

- 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby;
- 2) codzienne porządki domowe;
- 3) dostawa/przygotowanie posiłków;
- 4) opieka nad *zwierzętami domowymi*;
- 5) podlewanie kwiatów.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych związanych z zapewnieniem pomocy domowej. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny w okresie kolejnych 14 dni. W ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

30) Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie może opuszczać *miejsca zamieszkania* – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego podjętym w oparciu o dokumentację medyczną – Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia do *miejsca zamieszkania* osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia podstawowych artykułów spożywczych, jeżeli nie ma ona możliwości skorzystania z pomocy domowników w ww. zakresie.

Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu artykułów spożywczych.

31) Opieka nad dziećmi

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki *dzieciom*, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki w *miejscu zamieszkania* przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz. Jeżeli po upływie wskazanego powyżej okresu będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, w sytuacji gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do *miejsca pobytu dzieci*.

32) Opieka nad osobami niesamodzielnymi

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana albo musi przebywać w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego, a konieczne jest zapewnienie opieki *osobie niesamodzielnej*, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki w *miejscu zamieszkania* przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług lub – w uzasadnionych stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć, okolicznościach – przez pielęgniarkę. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz. Jeżeli po upływie wskazanego powyżej okresu będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, w sytuacji gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do *miejsca pobytu osoby niesamodzielnej*.

33) Opieka nad zwierzętami

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana i przewidywany okres hospitalizacji przekracza 4 dni, a konieczne jest zapewnienie opieki nad *zwierzęciem domowym*, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty opieki nad *zwierzęciem domowym* w *miejscu zamieszkania* w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 dni. W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

Jeżeli po upływie okresu wskazanego jako limit na *nieszczęśliwy wypadek* będzie istniała konieczność przedłużenia czasu opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub schronisko dla zwierząt na koszt osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny używanych podczas sprawowania opieki.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, w sytuacji gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do *miejsca pobytu zwierzęcia*.

34) Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – zgodnie z pisemną opinią lekarza prowadzącego – nie może opuszczać *miejsca zamieszkania*, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty przewozu *dziecka z miejsca zamieszkania* na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć.

Świadczenie jest realizowane za pisemną zgodą osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w sytuacji, gdy w *miejscu zamieszkania* nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić taki transport, a osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zapewniła dostęp do *miejsca przebywania dzieci*.

W ubezpieczeniu w formie rodzinnej dodatkowo dostępne są następujące świadczenia:

35) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko* jest hospitalizowane, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty:

- 1) pobytu razem z *dzieckiem* jednego prawnego opiekuna *dziecka w szpitalu*, w którym *dziecko* jest hospitalizowane, zgodnie z wymogami i możliwościami, jakimi dysponuje szpital, albo
- 2) pobytu jednego opiekuna prawnego *dziecka* w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższym *miejscu hospitalizacji dziecka* – w przypadku, gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w *szpitalu*, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od *miejsca zamieszkania*.

Świadczenie obejmuje pobyt prawnego opiekuna w *szpitalu* przez okres trwania hospitalizacji *dziecka*, jednak nie dłużej niż 4 doby. W ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

36) Korepetycje

Jeżeli w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* *dziecko*, na podstawie zwolnienia lekarskiego, nie może przez co najmniej 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej, Centrum Operacyjne zorganizuje i pokryje koszty dojazdu korepetytora do *miejsca hospitalizacji dziecka* lub *miejsca zamieszkania* oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, do której uczęszcza *dziecko*.

Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego).

Świadczenie obejmuje maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny w ramach jednej wizyty.

W ramach danego *nieszczęśliwego wypadku* świadczenie może być wykorzystane tylko jeden raz.

! Każdej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia przysługuje maksymalnie 20 świadczeń z zakresu Pomocy medycznej i Pomocy opiekuńczej na jeden *nieszczęśliwy wypadek*. 20 świadczeń stanowi limit całkowity na jeden *nieszczęśliwy wypadek*.

Podsumowanie

Świadczenia dostępne w przypadku nieszczęśliwego wypadku osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia		Opis	Ile razy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku
POMOC MEDYCZNA			
1)	Konsultacja chirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
2)	Konsultacja okulisty	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
3)	Konsultacja otolaryngologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
4)	Konsultacja ortopedy	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
5)	Konsultacja kardiologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
6)	Konsultacja neurologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
7)	Konsultacja pulmonologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
8)	Konsultacja lekarza rehabilitacji	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
9)	Konsultacja neurochirurga	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
10)	Konsultacja psychologa	Organizacja i pokrycie kosztów zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i>	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
11)	Zabiegi ambulatoryjne	Pakiet zabiegów ambulatoryjnych zaleconych przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
12)	Badania laboratoryjne	Badania laboratoryjne zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
13)	Badania radiologiczne	Badania radiologiczne zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
14)	Ultrasonografia	Badania ultrasonograficzne zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
15)	Pakiet rehabilitacyjny	Maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych zaleconych przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
16)	Tomografia komputerowa	Badanie tomografii komputerowej zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
17)	Rezonans magnetyczny	Badanie rezonansu magnetycznego zalecone przez <i>lekarza prowadzącego</i> , w zakresie procedur medycznych wymienionych w Tabeli procedur medycznych	1 raz
POMOC OPIEKUŃCZA			
18)	Opieka pielęgniarska	Organizacja oraz pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki, zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i> . Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty.	1 raz
19)	<i>Sprzęt rehabilitacyjny</i>	Organizacja i pokrycie kosztu wypożyczenia albo zakupu oraz kosztów transportu <i>sprzętu rehabilitacyjnego</i> zgodnie z zaleceniem <i>lekarza prowadzącego</i> . Maksymalny koszt zakupu/wypożyczenia wynosi 800 zł.	1 raz
20)	Transport osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia do/z <i>placówki medycznej</i> w przypadku, gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga <i>hospitalizacji</i> przez okres dłuższy niż 4 dni w <i>placówce medycznej</i> znajdującej się powyżej 50 km od <i>miejsca zamieszkania</i> .	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
21)	Zakwaterowanie osoby wskazanej w przypadku hospitalizacji osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia	Organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w hotelu, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wymaga <i>hospitalizacji</i> przez okres dłuższy niż 4 dni w <i>placówce medycznej</i> znajdującej się powyżej 50 km od <i>miejsca zamieszkania</i> . Świadczenie obejmuje zakwaterowanie przez maksymalnie 4 doby hotelowe.	1 raz
22)	Transport do <i>placówki medycznej</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
23)	Transport pomiędzy <i>placówkami medycznymi</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
24)	Transport z <i>placówki medycznej</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
25)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
26)	Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
27)	Dostarczenie rzeczy osobistych do <i>szpitala</i>	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>
28)	Dostarczenie leków	Organizacja i pokrycie kosztów	Do wykorzystania <i>limitu całkowitego</i>

Świadczenia dostępne w przypadku nieszczęśliwego wypadku osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia		Opis	Ile razy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku
29)	Pomoc domowa po hospitalizacji	Zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, organizacja oraz pokrycie kosztów honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, jeżeli była ona hospitalizowana przez okres dłuższy niż 4 dni. Świadczenie obejmuje maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny każda w okresie kolejnych 14 dni.	1 raz
30)	Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego, organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia podstawowych artykułów spożywczych.	Do wykorzystania limitu całkowitego
31)	Opieka nad dziećmi	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana lub przebywa w pozycji leżącej. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę.	
32)	Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia jest hospitalizowana lub przebywa w pozycji leżącej. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę.	1 raz
33)	Opieka nad zwierzętami	Organizacja oraz pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Świadczenie obejmuje sprawowanie opieki maksymalnie przez 4 dni.	1 raz
34)	Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć, w przypadku gdy osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego nie może opuścić miejsca zamieszkania.	Do wykorzystania limitu całkowitego
35)	Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna prawnego razem z dzieckiem w szpitalu. Świadczenie obejmuje pobyt prawnego opiekuna w szpitalu przez okres trwania hospitalizacji dziecka, jednak nie dłużej niż 4 doby.	
36)	Korepetycje	Organizacja i pokrycie kosztów dojazdu korepetytora oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, w przypadku gdy dziecko w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie może przez co najmniej 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych. Świadczenie obejmuje maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny w ramach jednej wizyty.	1 raz

! Przykład: Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, która w wyniku nieszczęśliwego wypadku złamała nogę, w ramach niniejszej umowy skorzystała z 8 następujących świadczeń: 3 konsultacji ortopedy (3 świadczeń), 1 konsultacji lekarza rehabilitacji, 1 rezonansu medycznego, założenia oraz zdjęcia gipsu (2 świadczeń), jak również 17 zabiegów rehabilitacyjnych w ramach pakietu rehabilitacyjnego (1 świadczenia).

6. Od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia przysługuje prawo do nielimitowanego korzystania z Telefonicznej Informacji Medycznej, w ramach której Centrum Operacyjne zapewni telefoniczną rozmowę z wykwalifikowanym personelem, który udzieli ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasadach jej udzielania;
- 2) sposobów postępowania w przypadku ukąszeń;
- 3) jednostek chorobowych w tym chorób rzadkich, typowo stosowanego leczenia, nowoczesnych metod leczenia dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polski;
- 4) zachowań prozdrowotnych;
- 5) profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) wyjaśnienia opisów/wyników wykonanych badań;
- 7) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych, przyjęcia lub wypisu ze szpitala;
- 8) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 9) leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;
- 10) poziomu refundacji leków;
- 11) grup wsparcia, telefonów zaufania na terytorium Rzeczypospolitej Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mających problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom prze-

mocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;

- 12) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych;
- 13) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów, placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz rekomendowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego;
- 14) danych teleadresowych aptek, placówek opieki społecznej, hospicjów i placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, szpitali prywatnych należących do sieci Partnera Medycznego w tym: dostępności, zakresu świadczeń medycznych czy średnich cen usług medycznych.

Ponadto w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej Centrum Operacyjne zapewnia osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia możliwość telefonicznej konsultacji z lekarzem.

W jaki sposób realizowane są świadczenia ubezpieczeniowe § 3

1. W celu uzyskania świadczeń osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Centrum Operacyjnym, którego numer telefonu podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że z przyczyn niezależnych od osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia nie było to możliwe w terminie wskazanym powyżej, i podać wszelkie dostępne informacje niezbędne do ustalenia uprawnień do uzyskania świadczeń, a w szczególności:

- 1) imię, nazwisko Ubezpieczonego;
- 2) numer PESEL Ubezpieczonego;
- 3) adres miejsca zamieszkania;
- 4) datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 5) telefon kontaktowy;
- 6) krótki opis zaistniałego zdarzenia.

2. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami *Centrum Operacyjnego*.
3. W przypadku niespełnienia warunków opisanych w ust. 1 Towarzystwo ma prawo do odmowy świadczenia.
4. W celu realizacji pierwszego świadczenia z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego *nieszczęśliwego wypadku* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba działająca w jej imieniu zobowiązane są wypełnić i przekazać do *Centrum Operacyjnego* „Wniosek o realizację świadczeń”, do którego dołączają kopię:
 - 1) skierowania/zalecenia lekarza prowadzącego do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń;
 - 2) dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem *nieszczęśliwego wypadku*, wraz z dotychczas zgromadzonymi wynikami badań.

Ww. dokumenty należy przesać do *Centrum Operacyjnego* pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres wskazany we wniosku o realizację świadczeń.
5. W celu realizacji kolejnych świadczeń z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej w odniesieniu do danego *zdarzenia ubezpieczeniowego* osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba działająca w jej imieniu zobowiązane są przekazać do *Centrum Operacyjnego* kopię skierowania/zalecenia lekarza prowadzącego odnoszącego się do przeprowadzenia konsultacji, badań lub dodatkowych świadczeń.
6. W oparciu o przekazane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia dokumenty, o których mowa w ust. 4 i 5 powyżej, lekarz *Centrum Operacyjnego* w terminie 3 dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, podejmie decyzję, czy spełnione zostały medyczne przesłanki do udzielenia wnioskowanego świadczenia.
7. W przypadku nieuznania odpowiedzialności Towarzystwa *Centrum Operacyjnego* pisemnie poinformuje osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami *Centrum Operacyjnego*, a zwłaszcza przekazać inne dokumenty, o które wnioskuje *Centrum Operacyjne*, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania.
9. W przypadku powzięcia przez Towarzystwo nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanego wniosku o realizację świadczeń *Centrum Operacyjne*, w terminie 3 dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
10. Konsultacje u lekarzy specjalistów realizowane są w ciągu 5 dni roboczych, o ile osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie wskaże późniejszego terminu, w jakim chciałaby skorzystać ze świadczenia. Gwarancja dostępności dotyczy dostępu do konsultacji w zakresie danej specjalizacji.
11. Świadczenia medyczne realizowane są w *placówkach medycznych* należących do sieci medycznej Partnera Medycznego.
12. Koszty świadczeń realizowanych zgodnie z opisem zawartym w niniejszych OWUD, z zakresu pomocy medycznej i pomocy opiekuńczej, pokrywane są przez *Centrum Operacyjne* bezpośrednio na rzecz podmiotu lub *placówki medycznej* realizujących świadczenie.

! W celu skorzystania ze świadczeń osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna skontaktować się z *Centrum Operacyjnym*, którego numer telefonu podany jest w *polisie*.

Kiedy nie zostanie przyznane świadczenie ubezpieczeniowe § 4

1. Świadczenia z tytułu *umowy dodatkowej* nie zostaną przyznane w przypadku, gdy *nieszczęśliwy wypadek* będący przyczyną *zdarzenia ubezpieczeniowego* objętego ubezpieczeniem na podstawie *umowy dodatkowej* jest następstwem zdarzeń wymienionych w § 16 OWU, a także następstwem:
 - 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 3) znajdowania się pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, jak również substancji psychotropowych lub leków o podobnym działaniu, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku, na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki zawierającej informacje o wpływie leku na zdolności psychosomatyczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
 - 4) *chorób psychicznych*;

- 5) umyślnego działania osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia lub umyślnego działania osoby, z którą osoba ta pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 6) rażącego niedbalstwa, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem skuteczności.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, gdy udzielenie tego świadczenia zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru;
 - 2) strajków, ataków terrorystycznych, skutków promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość realizacji danych świadczeń przez usługodawców Towarzystwa;
 - 3) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 4) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, względnie do *miejsca zamieszkania* albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
3. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia określonego w OWUD wymaga wyrażenia przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia w przypadku niewyrażenia przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia pisemnej zgody, o której mowa powyżej, pod warunkiem iż niespełnienie lub nienależyte spełnienie świadczenia wynikało z niewyrażenia pisemnej zgody na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej oraz udostępnienie dokumentacji z leczenia.
4. Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte organizacja i pokrycie kosztów leczenia *obrażeń ciała*, których zaistnienie nie jest bezpośrednio związane z *nieszczęśliwym wypadkiem*.
5. *Centrum Operacyjne* nie ponosi odpowiedzialności za przebieg i skutki organizowanej przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań lub rehabilitacji.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za wszelkie skutki braku zastosowania się przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia do decyzji i zaleceń lekarza *Centrum Operacyjnego* bądź samowolne podejmowanie decyzji sprzecznych z zaleceniami lekarza *Centrum Operacyjnego*.
7. Informacje udzielane w ramach Telefonicznej Informacji Medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

! Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w § 16 OWU.

Co oznaczają poszczególne pojęcia § 5

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych w imieniu Towarzystwa;
- 2) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione *Ubezpieczonego*, zamieszkujące wspólnie z *Ubezpieczonym* w *miejscu zamieszkania*, które nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **hospitalizacja** – leczenie w *szpitalu* trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny z uwzględnieniem czasu trwania *hospitalizacji* określonego w opisie świadczenia stanowiącego warunek realizacji poszczególnych świadczeń;
- 4) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez *Centrum Operacyjne* i uprawniona do występowania w imieniu *Centrum Operacyjnego*;
- 5) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z ramienia *placówki medycznej*, w której osoba uprawniona do otrzymania świadczenia poddała się leczeniu następstw *nieszczęśliwego wypadku*;
- 6) **limit całkowity** – maksymalna ilość świadczeń do wykorzystania na jeden *nieszczęśliwy wypadek*; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;
- 7) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsce, w którym znajduje się osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, z wyjątkiem pobytu w *placówce medycznej*;
- 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) wskazane przez *Ubezpieczonego*, *współmałżonka* lub *dziecko* jako miejsce stałego zamieszkania;

- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 10) **osoba niesamodzielną** – osoba pozostająca z osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia w dniu wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku* we wspólnym gospodarstwie domowym w *miejscu zamieszkania*, będąca dla *Ubezpieczonego*:
- a) małżonkiem lub osobą pozostającą z nim w konkubinacie;
 - b) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie;
 - c) rodzicem, przysposabiającym, teściem, ojczymem, macochą;
 - d) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długoterminowej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- 11) **placówka medyczna** – działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarstwa lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona

do udzielania świadczeń zdrowotnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za *placówkę medyczną* nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;

- 12) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
- 13) **współmałżonek** – osoba pozostająca z *Ubezpieczonym* w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja, która ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;
- 14) **zwierzę domowe** – stanowiący własność osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia kot należący do ras domowych lub pies – z wyłączeniem ras uznawanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 12 stycznia 2021 r.

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

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

1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami.

A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy od 5 do 7 cm długości	1
b) rany od 8 do 12 cm długości	3
c) rany powyżej 12 cm długości	10
d) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 3 cm ²	3
b) od 3 do 10 cm ²	7
c) od 11 do 50 cm ²	10
d) powyżej 50 cm ²	20
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) blokowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

B. USZKODZENIA TWARZY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) rany skóry twarzy od 2 do 6 cm długości	1
b) rany skóry twarzy od 7 do 11 cm długości	3
c) rany skóry twarzy powyżej 12 cm długości	10
d) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
7. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
9. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
11. Złamania żuchwy:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
12. Ubytek podniebienia	15

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

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
---	---

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

15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
--	--

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40

16. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimiennie	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5

17. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15

19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35

20. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
21. Wytrzeszcz tętniacy pourazowy	40

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

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--------------------------------------	---

22. Urazy małżowiny usznej:	
a) rany powyżej 1 cm, oparzenia i odmrożenia	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30

23. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
--	--

a) bez utraty słuchu, jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

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

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

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZĘŁYKU	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--	---

25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
---	---

26. Uszkodzenie przełyku:	
a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30

27. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--	---

28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

29. Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a) rany brodawki	1
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa lub całkowita utrata sutka	15

30. Złamanie żeber:	
a) złamanie od 2 do 4 żeber	2
b) złamanie od 5 do 10 żeber	7
c) złamanie powyżej 10 żeber	10

31. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6

32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10

d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30
33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
34. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

35. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
d) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
36. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
37. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	
	10
38. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
39. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
42. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone endoskopowo	5
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
43. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza	50

44. Uszkodzenia cewki moczowej:

a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

45. Uszkodzenia prącia:

a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40

46. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:

a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40

47. Utrata macicy

	30
--	----

48. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:

a) izolowane rany w zakresie skóry	3
b) uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c) uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

49. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:

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

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

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

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

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):

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

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

52. Rozejście się spojenia łonowego	5
53. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10

54. Złamanie miednicy z przerwaniami obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronnie (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwinięcie centralne I°	7
d) zwinięcie centralne II°	15
e) zwinięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
56. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

ŁOPATKA

57. Złamania łopatki:

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

OBOJCZYK

58. Złamania obojczyka:

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

59. Zwinięcie, podwinięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:

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

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY

60. Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwinięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:

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

61. Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
62. Utrata kończyny wraz z łopatką	70

RAMIĘ

63. Złamanie trzonu kości ramiennej:

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

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

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

65. Utrata kończyny w obrębie ramienia

STAW ŁOKCIOWY

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

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

67. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwinięcie	3

PRZEDRAMIĘ

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

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

69. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

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

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

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

71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia

72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka

NADGARSTEK

73. Uszkodzenia nadgarstka:

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

74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka

ŚRÓDRĘCZE

75. Złamania kości śródręcza:

a) I kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
– inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1

KCIUK

76. Utrata w zakresie kciuka:

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

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

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
c) inne złamania	2
d) rany kciuka powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2

PALEC WSKAZUJĄCY

78. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:

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

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

a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1
d) rany powyżej 3 cm	1
e) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY

80. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:

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

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

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

a) palec III:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany powyżej 4 cm	1
– uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
– zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

b) palec IV:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

c) palec V:

– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.

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

L. USZKODZENIA KOŃCZYN DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY

82. Utrata kończyny dolnej:

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

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

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

UDO

84. Złamanie kości udowej:

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

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

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

KOLANO			
86. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:			
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdzeniowe	20	e) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10	f) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5	g) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
d) inne złamania	3	h) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
87. Złamania rzepki:		i) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
a) złamania skutkujące usunięciem rzepki	10	95. Złamania kości skokowej:	
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8	a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5	b) złamania wieloodłamowe	5
d) inne złamania	3	c) inne złamania	3
88. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):		96. Złamania kości piętowej:	
a) uszkodzenie łątki przyśrodkowej	3	a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) uszkodzenie łątki bocznej	3	b) złamania wieloodłamowe	8
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5	c) inne złamania	4
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4	97. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczno – LCL	4	a) częściowa utrata	25
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4	b) całkowita utrata	40
g) zwinięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwinięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4	98. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
89. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego		a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
PODUDZIE		b) złamania wieloodłamowe	4
90. Złamanie kości podudzia:		c) inne złamania	2
a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdzeniowe	15	99. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
b) złamania otwarte	12	a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10	b) złamania otwarte	5
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5	c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
e) inne złamania	3	d) inne złamania	2
91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:		100. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3	a) rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2	b) rany podeszwy stopy	2
c) inne złamania	1	101. Utrata stopy w całości	
92. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:		102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	
a) rany skórne powyżej 7 cm długości	1	103. Utrata stopy w środkowej części stępu	
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2	104. Utrata stopy w okolicy stępowo-środo-stopnej	
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10	PALCE STOPY	
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2	105. Uszkodzenie palucha:	
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5	a) rana palucha powyżej 3 cm długości	1
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3	b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2	c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
93. Utrata kończyny w obrębie podudzia:		d) utrata całego palucha	8
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierzac od szpary stawowej	50	e) utrata z kością śródstopia	9
b) przy dłuższych kikutach	45	106. Złamania palucha:	
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
94. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:		b) złamania otwarte	3
a) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2	c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3	d) inne złamania	1
c) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2	107. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5	a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
		b) inne złamania (każdy)	1
		108. Utrata palców stopy II–V (każdy)	
		109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	
		110. Utrata palca V z kością śródstopia	

111. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia
(sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%) 1

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.

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

M. PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

112. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:

a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
– częściowe	5
– całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
– częściowe	5
– całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skrótnego:	
– częściowe	3
– całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	2
– całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	25

j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
– częściowe	3
– całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
– częściowe	7
– całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
– częściowe	2
– całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
– częściowe	5
– całkowite	15
p) nerwu udowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
– częściowe	3
– całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
– częściowe	3
– całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
– częściowe	10
– całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Ocena uszczerbku po udarze mózgu

1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub skalę Ashwortha):	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100%
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80%
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35%
e) porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90%
– lewej	60–80%
f) niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90%
– lewej	60–80%
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawa	50–60%
– lewa	40–50%
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha):	
– prawa	30–50%
– lewa	20–40%
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
– prawa	10–30%
– lewa	5–20%
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50%
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40%
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25%
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15%

Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg poz. 11, uwzględniające całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 1j do 1m, oddzielnie dla każdej kończyny.

Skala Lovetta

- 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
- 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej
- 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu za pomocą i przy odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej

- 3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
 - 4° – zdolność do wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej
 - 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej
- ### Skala Ashwortha
- 1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
 - 2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
 - 3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
 - 4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
 - 5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

2. Zespoły pozapiramidowe:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80%
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40%
d) nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20%
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10%

3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80%
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40%
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretnie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10%

4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:

	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30–40%
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc	20–30%
c) padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc	10–20%
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10%

Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 5.

5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100%
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80%
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50%
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).	
6. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice tzw. zespoły cerebriasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia)	1–5%
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20%
7. Zaburzenia mowy:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agnafią i aleksją	100%
b) afazja całkowita motoryczna	60%
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59%
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39%
e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19%
8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50%
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30%
9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, blozkowy, odwodzący):	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35%
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20%
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10%
d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10%
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10%
b) ruchowe	1–10%
c) czuciowo-ruchowe	3–20%

11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20%
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19%
c) izolowane uszkodzenie centralne	2–10%
Uwaga: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego, współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu, oceniać wg poz. 1 lub 5.	
12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddychu, krążenia i przewodu pokarmowego:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) niewielkiego stopnia	5–10%
b) średniego stopnia	10–25%
c) dużego stopnia	25–50%
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
	3–15%
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
	5–20%
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg poz. 5.	
Ocena uszczerbku po zawale mięśnia sercowego	
	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a) 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 wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:	
Klasa I –	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II –	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III –	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV –	Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory

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;

Wykaz poważnych zachorowań

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka

Poważne zachorowanie oznacza jedną z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:

KATALOG A

- 1) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszłokrojnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 2) **bakteryjne zapalenie opon mózgowych** – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) **choroba Alzheimera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- 4) **choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD)** – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia *Ubezpieczonego, współmałżonka* przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez Towarzystwo jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) **choroba neuronu ruchowego** – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) **choroba Parkinsona** – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 7) **dystrofia mięśniowa** – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego, lub za pomocą kul;

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.

- 8) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- 9) **nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)** – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznaną etiologię, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA (New York Heart Classification); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym w szczególności jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
 - a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włosniczkiach płucnych < 15 mmHg;rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;
- 10) **niedokrwiłość aplastyczna** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;*Ubezpieczony, współmałżonek* musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne lub u *Ubezpieczonego, współmałżonka* musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwiłości aplastycznej;
- 11) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- 12) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
- b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
- c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
- d) nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
- e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 13) **oparzenia** – termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
- przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 14) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 15) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 16) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 17) **przeszczep narządów** – przeszczepienie *Ubezpieczonemu, współmałżonkowi* jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie *Ubezpieczonego współmałżonka* na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
- b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 18) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) stałej żółtaczki,
- b) wodobrzusza,
- c) encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
- 19) **stwardnienie rozsiane** – choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy,
- b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 20) **śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 21) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
- c) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
- d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 22) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- a) w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
- b) w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 23) **utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 24) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 25) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 26) **zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylnego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się; do stwierdzenia *poważnego zachorowania* niezbędne jest potwierdzenie, że do zarażenia doszło:
- a) podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
- b) w drodze kontaktu *Ubezpieczonego, współmałżonka* z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej *Ubezpieczonego* z zainfekowaną krwią;
- ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:
- a) zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
- b) *Ubezpieczony* zgłosił zaistnienie zdarzenia, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi, w ciągu 24 godzin od jego zajścia,

- c) testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w przeciągu 5 dni od momentu wypadku,
- d) serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikami testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
- e) po przebytej ekspozycji *Ubezpieczony, współmałżonek* zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
- f) w przypadku gdy przed datą zdarzenia będą dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie będzie rekomendowane w zawodzie *Ubezpieczonego*, były one u niego wykonane;
- świadczanie nie zostanie wypłacone w przypadku gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny lub przywróci funkcję układu odpornościowego; *Ubezpieczony, współmałżonek* jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na wniosek Towarzystwa;
- 27) **zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi** – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do wystąpienia zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- a) przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
- b) przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD,
- c) przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
- d) *Ubezpieczony, współmałżonek* nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) lub hemofilii; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków; *Ubezpieczony, współmałżonek* jest zobowiązany do umożliwienia Towarzystwu dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;
- 28) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne i całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
- a) kąpiel/prysznic,
- b) ubieranie/rozbieranie,
- c) jedzenie/picie,
- d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
- e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B lub za pomocą wózka inwalidzkiego lub przy pomocy kul;
- wyłączone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;
- 29) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 30) **choroba Leśniowskiego-Crohna** – ostateczne rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna z tworzeniem przetok oraz zwężeń jelitowych potwierdzone przez lekarza gastroenterologa; konieczne jest również potwierdzenie postępującego procesu zapalnego pomimo leczenia oraz przebycie co najmniej dwóch zabiegów chirurgicznych w przebiegu kolejnych zaostrzeń;
- 31) **kardiomiopatia** – oznacza upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, skutkujące znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa; wykluczenie: kardiomiopatia w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków;
- 32) **niedowład (paraliż)** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres co najmniej 3 miesięcy; rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 33) **poronujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby; rozpoznanie musi być postawione w oparciu o spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- a) szybkie zmniejszenie rozmiarów wątroby,
- b) zmiany martwicze obejmujące całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
- c) gwałtowne pogorszenie wyników prób wątrobowych,
- d) szybko narastająca żółtaczka,
- e) wystąpienie encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę hepatologa; zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne postacie zapalenia wątroby, w tym w szczególności ostre wirusowe zapalenie wątroby czy nosicielstwo wirusa;
- 34) **poważny uraz głowy** – martwica tkanki mózgowej z powodu urazu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich:
- a) kąpiel/prysznic,
- b) ubieranie/rozbieranie,
- c) jedzenie/picie,
- d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
- e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub samodzielne poruszanie się z punktu A do punktu B, lub wózkiem inwalidzkim lub za pomocą kul;
- 35) **schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddychania; choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) natężona pierwszosekundowa objętość wydechu (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
- b) pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
- c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mmHg ($pO_2 < 55$ mmHg),
- d) duszność spoczynkowa;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;
- 36) **toczeń rumieniowaty układowy** – ostateczne rozpoznanie choroby potwierdzone przez reumatologa, skutkujące wystąpieniem wszystkich poniższych powikłań:
- a) trwały deficyt neurologiczny potwierdzony występowaniem paraliżu, zaburzeń mowy lub trudności z połykaniem,
- b) trwałe zaburzenie czynności funkcjonowania nerek potwierdzone przez wskaźnik filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min/1,73 m² i
- c) badanie moczu stwierdzające białkomocz lub krwimocz;
- do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 37) **twardzina** – rozpoznanie musi być jednoznacznie ustalone przez biopsję i potwierdzenie serologiczne, a stan zaawansowania musi osiągnąć poziom układowy z zajęciem serca, płuc lub nerek; wyłączone są:

KATALOG B

Poważne zachorowania wymienione w katalogu A oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- a) miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
 - b) eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 38) **wymiana lub plastyka zastawki serca** – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia;

KATALOG C

Poważne zachorowania wymienione w katalogach A i B oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 39) **bakteryjne zapalenie wsierdza** – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa, w oparciu o objawy kliniczne, wyniki badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 40) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*; rozpoznanie choroby (według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – A69.2) musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych w trakcie hospitalizacji, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w karcie informacyjnej;
- 41) **choroba Huntingtona** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym ośpieniem;
- 42) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*), będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur zapłucznych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu, rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwpłatkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwpłatkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 43) **masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej, rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 44) **odkleszczowe zapalenie mózgu** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie – A 84 – według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 45) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 46) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna, polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej w oparciu o badania obrazowe i badanie histopatologiczne jako ropień;
- 47) **sepsa (posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby; przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze; obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 48) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;
- rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 49) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;
- 50) **zakażona martwica trzustki** – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu jednoznacznie rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okotrzustkowych;
- 51) **zgorzel gazowa** – jednoznaczne rozpoznanie w warunkach szpitalnych, w oparciu o badania bakteriologiczne, ciężkiej przyranną infekcją spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.

Tabela operacji medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej Ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka

Rodzaj operacji			3. OKO	Klasa operacji	
1. UKŁAD NERWOWY					
		Klasa operacji			
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	1	0301	Wycięcie gałki ocznej	2
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	1	0302	Usunięcie zmiany oczodołu	2
0103	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	1	0303	Protezowanie gałki ocznej	3
0104	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	2	0304	Rewizja protezy gałki ocznej	3
0105	Wszczepienie stymulatora mózgu	2	0305	Operacyjna plastyka oczodołu	2
0106	Wentrykulostomia	2	0306	Nacięcie oczodołu	3
0107	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	2	0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	3
0108	Przeszczep nerwu czaszkowego	1	0308	Usunięcie zmiany powieki	3
0109	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	1	0309	Wycięcie nadmiaru powieki	3
0110	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	2	0310	Rekonstrukcja powieki	3
0111	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	2	0311	Korekcja deformacji powieki	3
0112	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	1	0312	Korekcja opadania powieki	2
0113	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	1	0313	Nacięcie powieki	3
0114	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	1	0314	Ochronne zeszytcie szpary powiekowej	3
0115	Usunięcie zmiany opony mózgu	1	0315	Operacja gruczołu łzowego	3
0116	Rekonstrukcja opony twardej	1	0316	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
0117	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	1	0317	Operacja kanału łzowego	3
0118	Drenaż przestrzeni podoponowej	1	0318	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
0119	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	1	0319	Repozycja mięśnia okoruchowego	2
0120	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	1	0320	Usunięcie mięśnia okoruchowego	2
0121	Wycięcie nerwu obwodowego	3	0321	Częściowe rozdzielenie ścięgnia mięśnia okoruchowego	2
0122	Zniszczenie nerwu obwodowego	3	0322	Usunięcie zmiany spojówki	3
0123	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	3	0323	Operacja naprawcza spojówki	3
0124	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	2	0324	Nacięcie spojówki	3
0125	Sympatektomia szyjna	2	0325	Wycięcie zmiany rogówki	3
0126	Sympatektomia piersiowa lub lędźwiowa	2	0326	Plastyka rogówki	2
2. UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY ORAZ GRUCZOŁ SUTKOWY					
		Klasa operacji			
0201	Wycięcie przysadki mózgowej	1	0327	Operacja naprawcza rogówki	3
0202	Zniszczenie przysadki mózgowej	2	0328	Nacięcie rogówki	3
0203	Operacja szyszynki	1	0329	Usunięcie zmiany twardówki	3
0204	Wycięcie tarczycy	2	0330	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
0205	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2	0331	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	2
0206	Wycięcie tarczycy językowej	2	0332	Nacięcie twardówki	3
0207	Wycięcie przytarczyc	2	0333	Wycięcie tęczówki	3
0208	Wycięcie grasicy	2	0334	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
0209	Wycięcie nadnercza	2	0335	Nacięcie tęczówki	3
0210	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2	0336	Usunięcie ciała rzęskowego	2
0211	Częściowe wycięcie sutka	2	0337	Zewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
0212	Całkowite wycięcie sutka	2	0338	Wewnątrztorbkowe usunięcie soczewki	2
0213	Całkowita rekonstrukcja sutka	1	0339	Nacięcie torebki soczewki oka	3
0214	Nacięcie sutka	3	0340	Wprowadzenie sztucznej soczewki	2
0215	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	3	0341	Operacja ciała szklistego	2
			0342	Zniszczenie zmiany siatkówki	3
			4. UCHO	Klasa operacji	
			0401	Wycięcie ucha zewnętrznego	2
			0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	3
			0403	Plastyka ucha zewnętrznego	2
			0404	Drenaż ucha zewnętrznego	3

0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	2	0607	Usunięcie zmiany podniebienia	3
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	2	0608	Korekcja deformacji podniebienia	2
0407	Drenaż ucha środkowego	3	0609	Wycięcie migdałków	3
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	2	0610	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	3
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	2	0611	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
0410	Operacja trąbki Eustachiusza	2	0612	Wycięcie ślinianki	3
0411	Operacja ślimaka	1	0613	Usunięcie zmiany ślinianki	3
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	2	0614	Nacięcie gruczołu ślinowego	3
5. UKŁAD ODDECHOWY		Klasa operacji	0615	Przeszczepienie przewodu ślinowego	3
0501	Wycięcie nosa	2	0616	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	3
0502	Plastyka nosa	2	0617	Podwiązanie przewodu ślinowego	3
0503	Operacja przegrody nosa	3	0618	Poszerzenie przewodu ślinowego	3
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	3	0619	Inne operacje przewodu ślinowego	3
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	3	0620	Wycięcie przełyku i żołądka	1
0506	Operacja nosa zewnętrznego	3	0621	Całkowite wycięcie przełyku	1
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	3	0622	Częściowe wycięcie przełyku	2
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	3	0623	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	2
0509	Operacja zatoki czołowej	3	0624	Zespoleńie omijające przełyku	1
0510	Operacja zatoki klinowej	3	0625	Rewizja zespolenia przełyku	2
0511	Operacja zatoki nosa	3	0626	Operacja naprawcza przełyku	1
0512	Wycięcie gardła	1	0627	Wytworzenie przetoki przełykowej	2
0513	Operacja naprawcza gardła	2	0628	Nacięcie przełyku	2
0514	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	2	0629	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	2
0515	Wycięcie krtani	2	0630	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	2
0516	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	2	0631	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	3
0517	Rekonstrukcja krtani	1	0632	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	3
0518	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	3	0633	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	2
0519	Częściowe wycięcie tchawicy	1	0634	Operacja antyrefluksowa	3
0520	Plastyka tchawicy	2	0635	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	3
0521	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	2	0636	Całkowite wycięcie żołądka	1
0522	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	3	0637	Częściowe wycięcie żołądka	2
0523	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	2	0638	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	2
0524	Częściowe usunięcie oskrzela	2	0639	Operacja plastyczna żołądka	2
0525	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	0640	Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	2
0526	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	2	0641	Zespoleńie żołądkowo-czce	2
0527	Przeszczep płuca	1	0642	Gastrostomia	3
0528	Wycięcie płuca	1	0643	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	2
0529	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	1	0644	Pyloromyotomia	2
0530	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	2	0645	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	3
0531	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	2	0646	Wycięcie dwunastnicy	2
6. JAMA USTNA I GÓRNA CZĘŚĆ PRZEWODU POKARMOWEGO		Klasa operacji	0647	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	2
0601	Częściowe wycięcie wargi	3	0648	Zespoleńie omijające dwunastnicy	2
0602	Usunięcie zmiany wargi	3	0649	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	2
0603	Korekcja deformacji wargi	2	0650	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	3
0604	Wycięcie języka	2	0651	Wycięcie jelita czczego	2
0605	Usunięcie zmiany języka	3	0652	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	2
0606	Nacięcie języka	3	0653	Jejunostomia	2
			0654	Zespoleńie omijające jelita czczego	2
			0655	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	2
			0656	Wycięcie jelita krętego	2

0657	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	2	0817	Nacięcie przewodu żółciowego	2
0658	Zespoleenie omijające jelita krętego	2	0818	Przezdunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0659	Rewizja zespolenia jelita krętego	2	0819	Przezdunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	2
0660	Wytworzenie ileostomii	2	0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	3
0661	Rewizja ileostomii	2	0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
0662	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	3	0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	3
0663	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	2	0823	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	3
7. DOLNY ODCINEK PRZEWODU POKARMOWEGO		Klasa operacji	0824	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego	3
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	3	0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	3
0702	Całkowite wycięcie okrężnicy odbytnicy	1	0826	Przeszczep trzustki	1
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy	1	0827	Całkowite wycięcie trzustki	1
0704	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	2	0828	Wycięcie głowy trzustki	1
0705	Resekcja poprzecznicy	2	0829	Usunięcie zmiany trzustki	2
0706	Lewostronna hemikolektomia	2	0830	Zespoleenie przewodu trzustkowego	1
0707	Wycięcie esicy	2	0831	Otwarty drenaż trzustki	2
0708	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	2	0832	Nacięcie trzustki	2
0709	Zespoleenie omijające okrężnicy	2	0833	Całkowite wycięcie śledziony	2
0710	Wyłonienie jelita ślepego	2	9. SERCE, NACZYNIYA TĘTNICZE ORAZ ŻYŁNE		Klasa operacji
0711	Nacięcie okrężnicy	2	0901	Przeszczep płuc i serca	1
0712	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	3	0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	1
0713	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	2	0903	Wewnątrzpedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	1
0714	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	3	0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	1
0715	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	3	0905	Zamknięcie ubytku przegrody pedsionkowo-komorowej	1
0716	Wycięcie odbytnicy	1	0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzypedsionkowej	1
0717	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	2	0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	1
0718	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	2	0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	2
0719	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	2	0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	1
0720	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	2	0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	1
0721	Wycięcie odbytu	2	0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	1
0722	Wycięcie zmiany odbytu	3	0912	Plastyka pedsionka serca	1
0723	Operacja naprawcza odbytu	2	0913	Walwuloplastyka mitralna	1
0724	Wycięcie hemoroidów	3	0914	Walwuloplastyka aortalna	1
0725	Drenaż przez okolicę krocza	3	0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	1
0726	Wycięcie zatoki włosowej	3	0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	1
0727	Nacięcie ropnia okołodbytniczego	3	0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	1
8. INNE NARZĄDY JAMY BRZUSZNEJ		Klasa operacji	0918	Rewizja plastyki zastawki serca	1
0801	Przeszczep wątroby	1	0919	Otwarta walwulotomia	1
0802	Częściowe wycięcie wątroby	1	0920	Zamknięta walwulotomia	1
0803	Usunięcie zmiany wątroby	1	0921	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca	2
0804	Nacięcie wątroby	3	0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	1
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	2	0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	1
0806	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	2	0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	1
0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	3	0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	1
0808	Zespoleenie pęcherzyka żółciowego	2	0926	Pomostowanie t. wieńcowej z t. piersiową wewnętrzną	1
0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2	0927	Otwarta koronaroplastyka	1
0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	3	0928	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
0811	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	3	0929	Otwarta operacja układu bódzoprzewodzącego serca	1
0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	2	0930	Wszczepienie systemu wspomagania serca	2
0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2	0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	3
0814	Zespoleenie przewodu wątrobowego	1	0932	Inny stały sposób stymulacji serca	1
0815	Zespoleenie przewodu żółciowego wspólnego	2			
0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2			

0933	Wycięcie osierdzia	1	1009	Wycięcie moczowodu	2
0934	Drenaż osierdzia	2	1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
0935	Nacięcie osierdzia	2	1011	Reimplantacja moczowodu	2
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	1	1012	Operacja naprawcza moczowodu	2
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	1	1013	Nacięcie moczowodu	2
0938	Przezskórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	1	1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	2
0939	Zespoleń aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	3
0940	Zespoleń podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	1	1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	3
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	1	1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	1
0942	Przezskórna operacja tętnicy płucnej	2	1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	2
0943	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	1	1019	Powiększenie pęcherza	2
0944	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	1	1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	3
0945	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	1	1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	2
0946	Plastyka aorty	1	1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	3
0947	Przeznaczeniowa operacja aorty	2	1023	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	2
0948	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	1	1024	Brzuszną plastyką ujścia pęcherza u kobiety	2
0949	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	2	1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	2
0950	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	1	1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	3
0951	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	2	1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	2
0952	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	1	1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	3
0953	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	2	1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	3
0954	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	1	1030	Wycięcie cewki moczowej	2
0955	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	2	1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	2
0956	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	1	1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	3
0957	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2	1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	3
0958	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	1	11. NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE		Klasa operacji
0959	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	1	1101	Usunięcie moszny	3
0960	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	2	1102	Obustronne wycięcie jąder	2
0961	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	1	1103	Usunięcie zmiany jądra	3
0962	Rekonstrukcja tętnicy udowej	1	1104	Jednostronne wycięcie jądra	3
0963	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej lub udowej	3	1105	Obustronne sprowadzenie jąder	2
0964	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	3	1106	Jednostronne sprowadzenie jądra	3
0965	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	3	1107	Protezowanie jądra	3
0966	Wycięcie innej tętnicy	3	1108	Operacja wodniaka jądra	3
0967	Operacja naprawcza innej tętnicy	3	1109	Operacja najądrza	3
0968	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	3	1110	Wycięcie nasieniowodu	3
0969	Zespoleń tętniczko-żylne	3	1111	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
0970	Zespoleń żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	1	1112	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	3
0971	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	3	1113	Operacja pęcherzyków nasiennych	2
0972	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	3	1114	Amputacja prącia	2
0973	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	3	1115	Usunięcie zmiany prącia	3
0974	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnego	3	1116	Operacja plastyczna prącia	3
10. UKŁAD MOCZOWY		Klasa operacji	1117	Protezowanie prącia	3
1001	Przeszczep nerki	2	1118	Operacja napletka	3
1002	Całkowite wycięcie nerki	2	12. ŻEŃSKI UKŁAD ROZRODCZY		Klasa operacji
1003	Częściowe wycięcie nerki	2	1201	Operacja łechtaczki	3
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	2	1202	Operacja gruczołu Bartholina	3
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	2	1203	Wycięcie sromu	2
1006	Nacięcie nerki	2	1204	Wycięcie zmiany sromu	3
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	3	1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	3
1008	Operacja nerki przez nefrostomię	3	1206	Nacięcie kanału pochwy	3

1207	Wycięcie pochwy	3	1410	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	3
1208	Nacięcie zrostów pochwy	3	1411	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
1209	Usunięcie zmiany pochwy	3	1412	Plastyka przepukliny pępkowej	3
1210	Operacja plastyczna pochwy	3	1413	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	3
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	3	1414	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
1212	Plastyka sklepienia pochwy	3	1415	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	3
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	3	1416	Operacja dotycząca pępka	3
1214	Wycięcie szyjki macicy	3	1417	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	3
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	3	1418	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	3
1216	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	2	1419	Otwarcie jamy otrzewnej	3
1217	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	2	1420	Operacja dotycząca sieci	3
1218	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	3	1421	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	3
1219	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	2	1422	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	3
1220	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	3	1423	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	3
1221	Częściowe wycięcie jajowodu	3	1424	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	3
1222	Wszczepienie protezy jajowodu	3	1425	Przeszczep powięzi	3
1223	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	3	1426	Wycięcie powięzi brzucha	3
1224	Nacięcie jajowodu	2	1427	Usunięcie zmiany powięzi	3
1225	Endoskopowe leczenie jajowodu	3	1428	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1226	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	3	1429	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	3
1227	Częściowe wycięcie jajnika	3	1430	Operacja kaletki maziowej	3
1228	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	3	1431	Przełożenie ścięgna	3
1229	Operacja naprawcza jajnika	3	1432	Wycięcie ścięgna	3
1230	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	3	1433	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	3
1231	Operacja więzadła szerokiego macicy	3	1434	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	2
1232	Operacja innego więzadła macicy	3	1435	Uwolnienie ścięgna	3
13. SKÓRA		Klasa operacji	1436	Zmiana długości ścięgna	3
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2	1437	Wycięcie pochewki ścięgna	3
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1438	Przeszczep mięśnia	2
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego	3	1439	Wycięcie mięśnia	3
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	3	1440	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	3
1305	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem	2	1441	Uwolnienie przykurczu mięśnia	3
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego	3	1442	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	2
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	3	1443	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	3
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	3	1444	Drenaż węzła chłonnego	3
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	3	1445	Operacja przewodu limfatycznego	2
1310	Przeszczep płata śluzówki	3	1446	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	3
1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	3	15. KOŚCI ORAZ STAWY		Klasa operacji
1312	Przeszczep śluzówki	3	1501	Operacja naprawcza czaszki	2
1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	3	1502	Otwarcie czaszki	1
1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	3	1503	Wycięcie kości twarzy	3
1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	3	1504	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	3
14. TKANKI MIĘKKIE		Klasa operacji	1505	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	3
1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	2	1506	Wycięcie żuchwy	2
1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	2	1507	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	3
1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	2	1508	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	2
1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	3	1509	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	1
1405	Otwarcie klatki piersiowej	2	1510	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	2
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	1	1511	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	1
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	3	1512	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego)	1
1408	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	3			
1409	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2			

1513	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	1	1548	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	2
1514	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	2	1549	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	2
1515	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1	1550	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	2
1516	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	1	1551	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	2
1517	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1	1552	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	2
1518	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	1	1553	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	2
1519	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	2	1554	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	2
1520	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	1	1555	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	2
1521	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	2	1556	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	2
1522	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	1	1557	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	3
1523	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	2	1558	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	3
1524	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	2	1559	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	3
1525	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	1	1560	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	3
1526	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2	1561	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	3
1527	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2	1562	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	3
1528	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	2	1563	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
1529	Całkowita rekonstrukcja kciuka	2	1564	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	2
1530	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	2	1565	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	3
1531	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	2	1566	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	2
1532	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	2	1567	Protezowanie ścięgna	2
1533	Wycięcie kości ektopowej	3	1568	Wzmocnienie ścięgna protezą	3
1534	Usunięcie zmiany kości	2	1569	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	2
1535	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	2	1570	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	2
1536	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	2	1571	Uwolnienie przykurczu stawu	3
1537	Rozdzielenie trzonu kości	2	1572	Operacja struktur okołostawowych palucha	3
1538	Rozdzielenie kości stopy	3	1573	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	3
1539	Drenaż kości	3	1574	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	3
1540	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	2	1575	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	3
1541	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	2	1576	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	3
1542	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	2	1577	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	2
1543	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2	16. RÓŻNE		Klasa operacji
1544	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	3	1601	Reimplantacja kończyny górnej	2
1545	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	3	1602	Reimplantacja kończyny dolnej	2
1546	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	3	1603	Reimplantacja innego narządu	2
1547	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	2	1604	Wszczepienie protezy kończyny	1
			1605	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	2
			1606	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	3
			1607	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	2
			1608	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	3
			1609	Amputacja palucha	3

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Pojęcia użyte w niniejszej Tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); maksymalne sumaryczne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6% sumy ubezpieczenia;
1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami; oparzenia oceniane są wg Tablicy Lunda i Browdera.

A. USZKODZENIA GŁOWY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) rany skóry owłosionej głowy	1
b) utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2. Złamania kości czaszki:	
a) sklepienia (za każdą kość)	2
b) podstawy	5
3. Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni:	10
4. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a) z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b) z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c) z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d) z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5. Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a) blokowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
6. Uszkodzenia powłok twarzy:	
a) rany skóry twarzy	2
b) oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
7. Uszkodzenia nosa:	
a) złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b) złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.	
9. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40

11. Złamania żuchwy:

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

12. Ubytek podniebienia

15

13. Urazy języka:

a) rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:

a) jednego oka	15
b) obu oczu	30

15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40

16. Ubytki pola widzenia:

a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5

17. Bezsoczewkowość pourazowa:

a) w jednym oku	15
b) w obu oczach	30

18. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:

a) w jednym oku	5
b) w obu oczach	15

19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:

a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c) z całkowitą utratą wzroku	35

20. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy

3

21. Wytrzeszcz tętniący pourazowy

40

Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłaca-

ne z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

22. Urazy małżowiny usznej:

a) rany, oparzenia i odmrożenia	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30

23. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:

a) bez utraty słuchu, jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

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

24. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne	5
b) dwustronne	20

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI TCHAWICY I PRZĘŁYKU

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

25. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie

	7
--	---

26. Uszkodzenie przełyku:

a) leczone operacyjnie	7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30

27. Uszkodzenie skóry szyi:

a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2

F. USZKODZENIA KŁATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

28. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:

a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1

29. Uszkodzenie lub utrata sutka:

a) rany brodawki	1
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa lub całkowita utrata sutka	15

30. Złamania żeber:

a) złamania od 2 do 4 żeber	2
b) złamania od 5 do 10 żeber	7

c) złamania powyżej 10 żeber	10
------------------------------	----

31. Złamanie mostka:

a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6

32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:

a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10
d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30

33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

a) uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30

34. Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

35. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:

a) rany skóry	1
b) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
c) rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5

36. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:

a) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10

37. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie

38. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:

a) uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b) uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15

39. Uszkodzenia śledziony:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	20

40. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

41. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:

a) leczone zachowawczo (krwaki, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15

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

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA I NASTĘPSTWA

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

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

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

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

Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.

51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a) skręcenie	2
b) zwichnięcie	4
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5

d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1

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

J. USZKODZENIA MIEDNICY

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

52. Rozejście się spojenia łonowego	5
53. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
55. Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c) zwichnięcie centralne I°	7
d) zwichnięcie centralne II°	15
e) zwichnięcie centralne III°	30
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
56. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d) wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kołców biodrowych, guza kulszowego	3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

ŁOPATKA

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

OBOJCZYK

58. Złamania obojczyka:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne złamania	1

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

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

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY**60. Uszkodzenia stawu ramiennie-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:**

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

61. Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym 65**62. Utrata kończyny wraz z łopatką** 70**RAMIĘ****63. Złamanie trzonu kości ramiennej:**

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

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

a) rany skórne	1
b) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3

65. Utrata kończyny w obrębie ramienia 60**STAW ŁOKCIOWY****66. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):**

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

67. Inne uszkodzenia łokcia:

a) skręcenie	1
b) zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ**68. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:**

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

69. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:

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

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

a) rany skórne	1
b) uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2

71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia 55**72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka** 50**NADGARSTEK****73. Uszkodzenia nadgarstka:**

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

74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka 50**ŚRÓDRĘCZE****75. Złamania kości śródręcza:**

a) I kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	4
– inne złamania	2
b) II kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
– złamania jednomyjskowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1

KCIUK**76. Utrata w zakresie kciuka:**

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

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

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

PALEC WSKAZUJĄCY**78. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:**

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

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

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

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY**80. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:**

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

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

a) palec III:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1
b) palec IV:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
– złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1
c) palec V:	
– złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
– inne złamania	1
– rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia

STAW BIODROWY**82. Utrata kończyny dolnej:**

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

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

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

UDO**84. Złamanie kości udowej:**

a) złamania wieloodłamowe, otwarte	15
------------------------------------	----

b) złamania otwarte	12
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne złamania	3

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

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

KOLANO**86. Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:**

a) złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne złamania	3

87. Złamania rzepki:

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

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

a) uszkodzenie łątki przysródkowej	3
b) uszkodzenie łątki bocznej	3
c) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przysródkowego – MCL	4
g) zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4

89. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego**PODUDZIE****90. Złamanie kości podudzia:**

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

91. Izolowane złamanie kości strzałkowej:

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

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

a) rany skórne	1
b) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c) całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d) uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2

93. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a) przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
94. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
c) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
e) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
f) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
g) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
h) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
i) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
95. Złamania kości skokowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) złamania wieloodłamowe	5
c) inne złamania	3
96. Złamania kości piętowej:	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) złamania wieloodłamowe	8
c) inne złamania	4
97. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) częściowa utrata	25
b) całkowita utrata	40
98. Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) złamania wieloodłamowe	4
c) inne złamania	2
99. Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b) złamania otwarte	5
c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne złamania	2
100. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) rany	1
101. Utrata stopy w całości	45
102. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
103. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
104. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
105. Uszkodzenie palucha:	
a) rana	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d) utrata całego palucha	8
e) utrata z kością śródstopia	9
106. Złamania palucha:	
a) złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b) złamania otwarte	3

c) złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne złamania	1
107. Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a) złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b) inne złamania (każdy)	1
108. Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
109. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
110. Utrata palca V z kością śródstopia	4
111. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą. Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.	
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
112. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
– częściowe	5
– całkowite	15
b) nerwu piersiowego długiego:	
– częściowe	5
– całkowite	10
c) nerwu pachowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
d) nerwu mięśniowo-skrętnego:	
– częściowe	3
– całkowite	15
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	30
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójkłowego ramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	20
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	3
– całkowite	15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
– częściowe	2
– całkowite	10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
– częściowe	5
– całkowite	25
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
– częściowe	3

– całkowite	15
k) nerwu łokciowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
l) spłotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
– częściowe	5
– całkowite	20
m) spłotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
– częściowe	7
– całkowite	40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
– częściowe	2
– całkowite	15
o) nerwu zasłonowego:	
– częściowe	5
– całkowite	15
p) nerwu udowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
– częściowe	3

– całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
– częściowe	3
– całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
– częściowe	10
– całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
– częściowe	5
– całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
– częściowe	5
– całkowite	20
v) spłotu lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	10
– całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
– częściowe	2
– całkowite	10

Tabela procedur medycznych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych; Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu; Usunięcie szwów; Zmiana opatrunku; Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg); Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego); Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa); Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn; Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych; Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2) Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3) Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki; Usunięcie ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe; Wstrzyknięcie podspojówkowe
4) Ambulatoryjne zabiegi ortopedyczne	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców); Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć); Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców); Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć); Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną; Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie; Zastosowanie gipsu biodrowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręką i dolne przedramię (opatrunk rękawiczkowy); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny; Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna); Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)

2. BADANIA LABORATORYJNE

Morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi); Morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów; Morfologia krwi obwodowej, z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów; Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie; Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego), nieautomatycznie; Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego), automatycznie

3. BADANIA RADIOLOGICZNE

czaszka; klatka piersiowa, jedna projekcja – czołowa PA; klatka piersiowa, dwie projekcje – czołowa PA i boczna; żuchwa; układ kostny twarzy; klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku); żebra, jednostronne; żebra, obustronne; mostek; staw lub stawy mostkowo-obończykowe; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna; kręgosłup szyjny; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy, w pozycji stojącej (skolioza); kręgosłup – odcinek piersiowy; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy; kręgosłup – odcinek łędźwiowo-krzyżowy; miednica; stawy krzyżowo-biodrowe; kość krzyżowa i kość ogonowa; obojczyk, całkowite; łopatka, całkowite; bark; stawy barkowo-obończykowe; kość ramienna; staw łokciowy; przedramię; nadgarstek; ręka; palec (palce) ręki; biodro; kość udowa; kolano; oba kolana, w pozycji stojącej w projekcji PA; piszczel i strzałka; staw skokowy; stopa; kość piętowa; jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA

4. ULTRASONOGRAFIA

klatka piersiowa; jama brzuszna; miednica; moszna i jej zawartość; kończyna, nienaczyniowe

5. REHABILITACJA

Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje; Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna, rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Kinezyotaping; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: diatermia; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: podczerwień (sollux); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultrafiolet; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultradźwięki; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: jonoforeza; Galwanizacja; Elektrostymulacja; Tonoliza; Prądy diadynamiczne; Prądy interferencyjne; Prądy Kotza; Prądy Tens; Prądy Traberta; Impulsowe pole magnetyczne; Laseroterapia (skaner, punktowo); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: okłady ciepłe lub zimne (termożele); Krioterapia – miejscowa; Krioterapia – zabieg w kriokomorze

6. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

głowa lub mózg, bez kontrastu; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu; okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu; tkanki miękkie szyi, bez kontrastu; klatka piersiowa, bez kontrastu; kręgosłup szyjny, bez kontrastu; odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu; odcinek łędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu; miednica, bez kontrastu; kończyna górna, bez kontrastu; kończyna dolna, bez kontrastu; jama brzuszna, bez kontrastu; głowa lub mózg, z kontrastem; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, z kontrastem; okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem; tkanki miękkie szyi, z kontrastem; klatka piersiowa, z kontrastem; kręgosłup szyjny, z kontrastem; odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem; odcinek łędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem; miednica, z kontrastem; kończyna górna, z kontrastem; kończyna dolna, z kontrastem; jama brzuszna, z kontrastem

7. REZONANS MAGNETYCZNY

Obrazowanie rezonansu magnetycznego: oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa, bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu; miednica, bez kontrastu; kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu; kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu; jama brzuszna, bez kontrastu; oczodół, twarz i szyja, z kontrastem; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa, z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem; miednica, z kontrastem; kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem; kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem; jama brzuszna, z kontrastem.
