

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć ubezpieczonego	GNOW/23/05/01	3
2) Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWU/23/05/01	12
3) Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWK/23/05/01	13
4) Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	GNPŚ/23/05/01	14
5) Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNZU/23/05/01	15
6) Osierocenie dziecka	GNOD/23/05/01	16
7) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUC/23/05/01	17
8) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNUUCWK/23/05/01	19
9) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	GNUUCP/23/05/01	20
10) Uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNUZ/23/05/01	21
11) 50-procentowy uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCN/23/05/01	22
12) Niezdolność ubezpieczonego do pracy	GNNU/23/05/01	23
13) Niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWN/23/05/01	24
14) Pobyt ubezpieczonego w szpitalu	GNCP/23/05/01	25
15) Poważne zachorowanie ubezpieczonego	GNCU/23/05/01	28
16) Rozpoznanie cukrzycy u ubezpieczonego	GNCCU/23/07/01	33
17) Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	GNLSU/23/05/01	35
18) Operacja medyczna ubezpieczonego	GNOM/24/03/01	37
19) Operacja medyczna ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNOMNW/24/03/01	39
20) Operacja medyczna ubezpieczonego z chirurgią prenatalną	GNOMP/24/03/01	41
21) Zwrot kosztów leczenia ubezpieczonego	GNZKLU/23/05/01	43
22) Badania profilaktyczne	GNBPROF/23/05/01	44
23) Zdrowie psychiczne ubezpieczonego	GNWZP/24/10/01	46
24) Pokrycie kosztów zakupu leków	GNLZP/25/10/01	52
 Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka lub partnera		
25) Śmierć współmałżonka lub partnera	GNSWP/23/05/01	57
26) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNSWPW/23/05/01	58
27) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKWP/23/05/01	59
28) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNSWPZ/23/05/01	60
29) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCWP/23/05/01	61
30) Uszczerbek na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNUWPZ/23/05/01	62
31) Pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu	GNPWP/23/05/01	63
32) Poważne zachorowanie współmałżonka lub partnera	GNCWP/23/05/01	66
33) Operacja medyczna współmałżonka lub partnera	GNOMW/24/03/01	70
34) Operacja medyczna współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNOMWNW/24/03/01	72

Zakres ubezpieczenia dla dziecka

35) Śmierć dziecka	GNSD/23/05/01	74
36) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWD/23/05/01	75
37) Śmierć dziecka w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKD/23/05/01	76
38) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCD/23/05/01	77
39) Pobyt dziecka w szpitalu	GNPWD/23/05/01	79
40) Poważne zachorowanie dziecka	GNCD/23/05/01	81
41) Wystąpienie u dziecka boreliozy	GNADB/23/05/01	85
42) Leczenie specjalistyczne dziecka	GNLSD/23/05/01	86
43) Operacja medyczna dziecka	GNOMD/24/03/01	88
44) Operacja medyczna dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNOMDNW/24/03/01	90
45) Urodzenie się dziecka	GNUD/23/05/01	92
46) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	GNUDL/23/05/01	94
47) Urodzenie się martwego noworodka	GNSB/23/05/01	96

Zakres ubezpieczenia dla rodziców ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka

48) Śmierć rodziców ubezpieczonego	GNSR/23/05/01	97
49) Śmierć rodziców ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWSR/23/05/01	98
50) Śmierć rodziców ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKS/23/05/01	99
51) Śmierć rodziców współmałżonka	GNST/23/05/01	100
52) Śmierć rodziców współmałżonka lub partnera	GNSTP/23/05/01	101
53) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWST/23/05/01	102
54) Śmierć rodziców współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWSTP/23/05/01	103
55) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKST/23/05/01	104
56) Śmierć rodziców współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKSTP/23/05/01	105

Świadczenia opiekuńcze i medyczne

57) Świadczenia opiekuńcze dla ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24	GNŚO/23/05/01	106
58) Świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc	GNAM/23/05/01	113
59) Świadczenia opiekuńcze ubezpieczonego Opieka Standard	GNŚONW/23/05/01	120
60) Druga opinia medyczna	GNDOM/23/05/01	123

Pakiety

61) Pakiet Onkologiczny	GNONK/23/05/01	127
62) Pakiet Kardiologiczny	GNKAR/23/05/01	131
63) Pakiet Medycyna bez Granic	GNMBG/23/05/01	135
64) Pakiet Telekonsultacje medyczne	GNTM/23/05/01	142

Załączniki

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała	144
Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	152
Wykaz poważnych zachorowań	155
Katalog chorób zakaźnych	161
Tabela operacji medycznych	162
Tabela operacji medycznych z chirurgią prenatalną	170
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	177
Tabela procedur medycznych	185

Obiektywne informacje o produkcie

PID	187
-----------	-----

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 4–6 pkt 123
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 36 pkt 68 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 70–77

Poznajmy się

my – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.;

ubezpieczający – podmiot, który zawiera z nami umowę, np. Twój pracodawca;

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz ubezpieczający to strony umowy;

Ty – ubezpieczony, czyli osoba, która przystąpiła do umowy.

Warto wiedzieć

Jesteś ubezpieczonym głównym, jeśli jesteś związany z ubezpieczającym (np. pracodawcą) stosunkiem prawnym (np. jesteś pracownikiem).

Jesteś ubezpieczonym bliskim, jeśli jesteś współmałżonkiem, partnerem, dorosłym dzieckiem ubezpieczonego głównego.

Do wszystkich ubezpieczonych zwracamy się na Ty. Jeśli jakiś zapis dotyczy tylko jednego rodzaju ubezpieczonego, to zaznaczamy to w tekście OWU.

Warto wiedzieć

Umowa ubezpieczenia

- Umowa składa się z umowy podstawowej, która obejmuje ryzyko śmierci, oraz umów dodatkowych, które obejmują ryzyka w nich wskazane, np. poważne zachorowanie, pobyt w szpitalu, niezdolność do pracy, urodzenie dziecka.
- W ramach umowy podstawowej ubezpieczamy Ciebie, w ramach umów dodatkowych ubezpieczamy Ciebie lub zdarzenia w Twoim życiu, np. poważne zachorowanie współmałżonka albo partnera, urodzenie dziecka lub śmierć rodziców.

Warunki umowy podstawowej określone są w ogólnych warunkach ubezpieczenia (OWU), a warunki umów dodatkowych – w ogólnych warunkach umowy dodatkowej (OWUD). Każda umowa dodatkowa ma oddzielne OWUD. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosujemy odpowiednio postanowienia OWU. Jeśli w OWU mówimy o umowie, mamy na myśli zarówno umowę podstawową, jak i umowy dodatkowe. Jeśli zapis dotyczy tylko jednego rodzaju umowy, zaznaczamy to w postanowieniach OWU lub OWUD.

Ogólne warunki ubezpieczenia zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Postanowienia ogólne

– co warto wiedzieć na początek

- Umowę zawiera z nami ubezpieczający.
- W sprawach nieuregulowanych w OWU do umowy stosuje się przepisy prawa polskiego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

- Ubezpieczeniem obejmujemy Ciebie, czyli osobę, która przystąpiła do umowy. Do umowy możesz przystąpić, jeśli w dniu przekazania nam deklaracji spełniasz warunki wskazane w definicji ubezpieczonego.
- Ubezpieczamy Twoje życie, a w ramach umów dodatkowych – życie i zdrowie.

5. Ubezpieczenie w ramach umowy podstawowej obejmuje Twoją śmierć w czasie trwania ochrony.
6. Ubezpieczający może rozszerzyć zakres Twojego ubezpieczenia, jeśli zawrze z nami umowy dodatkowe.
7. W ramach jednej umowy może istnieć kilka podgrup ubezpieczonych, które mogą mieć różny zakres lub warunki ubezpieczenia.
8. Możemy się zgodzić, abyś był objęty ochroną w ramach więcej niż jednej podgrupy.

Zawarcie umowy

– co zrobić, aby ją zawrzeć i na jaki okres

9. Przed zawarciem umowy doręczamy ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
10. Ubezpieczający przekazuje nam pisemnie lub elektronicznie:
 - 1) wniosek o zawarcie umowy;
 - 2) listę osób, które przystępują do umowy;
 - 3) deklaracje osób, które przystępują do umowy;
 - 4) inne dokumenty lub informacje, o które poprosimy.
11. Umowę dodatkową zawieramy jako rozszerzenie umowy podstawowej, w tej samej formie i na zasadach określonych w umowie podstawowej.
12. Dokumenty do zawarcia umowy ubezpieczający powinien złożyć w ustalonym przez nas terminie.
13. Możemy nie zaakceptować wniosku ubezpieczającego i odmówić zawarcia umowy. Poinformujemy go o tym.
14. Jeśli zaakceptujemy wniosek ubezpieczającego, przekazemy mu polisę lub dokument umowy ubezpieczenia, w którym potwierdzimy datę początku ochrony ubezpieczeniowej i warunki umowy.
15. Na treść umowy składają się:
 - 1) wniosek o zawarcie umowy,
 - 2) OWU lub OWUD,
 - 3) polisa,
 - 4) deklaracja uczestnictwa lub zmian,
 - 5) każdy inny dokument, który zaakceptowaliśmy jako część umowy.

Warto wiedzieć

Warunki Twojego ubezpieczenia określone są nie tylko w OWU, ale również w innych uzgodnionych z nami dokumentach.

16. Umowę zawieramy na jeden rok polisy. Liczymy go od pierwszego dnia ochrony, który potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Przedłużenie umowy i zmiany jej warunków

– jak to zrobić

17. Przedłużamy umowę o kolejny rok polisy na tych samych warunkach po upływie każdego roku polisy.
18. Zarówno my, jak i ubezpieczający, możemy zrezygnować z przedłużenia umowy, o czym należy zawiadomić drugą stronę na piśmie lub pocztą elektroniczną najpóźniej 30 dni przed końcem roku polisy.
19. Możemy zaproponować zmianę warunków umowy. Propozycję zmiany przedstawimy ubezpieczającemu na piśmie lub prześlemy pocztą elektroniczną, najpóźniej 30 dni przed końcem roku polisy.
20. Ubezpieczający powinien potwierdzić, czy zgadza się na naszą propozycję, w ciągu 14 dni od jej otrzymania. Jeśli w tym terminie nie otrzymamy zgody, umowa ulega rozwiązaniu w ostatnim dniu roku polisy.
21. Potrzebujemy Twojej zgody na zmiany, jeśli nie upoważniłeś ubezpieczającego do wyrażenia jej w Twoim imieniu. Jeśli nie zrobiłeś tego na etapie przystępowania do ubezpieczenia, możesz to zrobić, składając ubezpieczającemu pisemne oświadczenie. Ubezpieczający powinien je nam dostarczyć najpóźniej 15 dni przed końcem dotychczasowego roku polisy.
Jeśli nie wyrazisz zgody, Twoja ochrona nie zostanie przedłużona i wygaśnie z upływem ostatniego dnia roku polisy.
22. Zmiany w umowie są dokonywane w drodze negocjacji stron, w trybie ofertowym albo w inny sposób przewidziany przepisami prawa. Zmiany potwierdzamy pisemnie lub na innym trwałym nośniku.

23. Jeśli w umowie funkcjonują podgrupy, Twoje przejście do innej podgrupy, które zgłasza nam ubezpieczający, wymaga naszej zgody i możemy zastosować karencje.
24. Możliwość zmiany podgrupy i karencje potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
25. Zmiany możesz dokonać każdego pierwszego dnia miesiąca polisy, tylko raz w roku polisy.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy nasze ubezpieczenie działa

26. Twoja ochrona rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca polisy po spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
 - 1) ubezpieczający opłacił za Ciebie składkę w należytym wysokości;
 - 2) otrzymaliśmy Twoją deklarację i jest wypełniona poprawnie;
 - 3) ubezpieczający wskazał Cię na liście osób, które przystępują do umowy;
 - 4) otrzymaliśmy inne dokumenty niezbędne do objęcia Cię ochroną, o które prosiliśmy;
 - 5) ocena ryzyka ubezpieczeniowego zakończyła się pozytywnie.
27. Datę początku Twojej ochrony potwierdzimy ubezpieczającemu pisemnie lub na innym trwałym nośniku.
28. Ochrona wszystkich ubezpieczonych, także Ciebie, z tytułu umowy podstawowej kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) z końcem miesiąca następującego po miesiącu, za który została opłacona ostatnia składka za wszystkich ubezpieczonych, jednak nie wcześniej niż po upływie 7-dniowego dodatkowego terminu na dokonanie zapłaty, wskazanego przez nas w wezwaniu do uzupełnienia zaległości;
 - 3) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ubezpieczający odstąpił od umowy podstawowej.
29. Ochrona wszystkich ubezpieczonych, także Ciebie, z tytułu umowy dodatkowej kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy dodatkowej;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ubezpieczający odstąpił od umowy dodatkowej;
 - 3) w dniu wygaśnięcia umowy podstawowej.
30. Twoja ochrona w ramach umowy podstawowej oraz umowy dodatkowej kończy się:
 - 1) w dniu Twojej śmierci;
 - 2) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym złożyłeś ubezpieczającemu lub nam oświadczenie o rezygnacji;
 - 3) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ukończyłeś 70. rok życia; chyba że w umowie dodatkowej wskazaliśmy inny wiek końca ochrony;
 - 4) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli nie wyraziłeś zgody na zmianę warunków umowy.
31. Jeśli jesteś ubezpieczonym głównym, to ochrona kończy się ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ustał stosunek prawny między Tobą a ubezpieczającym. Ochrona może zostać przedłużona względem Ciebie i Twojego ubezpieczonego bliskiego o 1 miesiąc polisy, pod warunkiem że została opłacona składka za ten miesiąc.
32. Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, Twoja ochrona wygasa także wraz z zakończeniem ochrony ubezpieczonego głównego.
33. Jeśli jesteś ubezpieczonym głównym, ubezpieczający może zawiesić opłacanie składki za Ciebie, jeśli:
 - 1) wskaże Cię na liście osób, których ochrona ma być zawieszona;
 - 2) uzyska naszą zgodę na zawieszenie.
34. Zawieszenie płatności składki i ochrony jest możliwe w przypadku:
 - 1) urlopu wychowawczego,
 - 2) urlopu macierzyńskiego,
 - 3) innym, jeżeli wyraziliśmy zgodę.
35. Zawieszenie następuje od daty, którą wskażesz, jednak nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca polisy, który nastąpi po zgłoszeniu zawieszenia.
36. Od dnia zawieszenia opłacania składki Twoja ochrona z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych zostaje zawieszona. Jeśli

jesteś ubezpieczonym głównym, to zawieszamy również ochronę ubezpieczonego bliskiego.

37. Wznawiamy Twoją ochronę od najbliższego miesiąca polisy po upływie ustalonego okresu zawieszenia, jeśli:
 - 1) ubezpieczający wskaże Cię na liście osób, których ochrona ubezpieczeniowa ma zostać wznowiona;
 - 2) zostanie opłacona za Ciebie składka.
38. Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim i wznowimy ochronę Twojego ubezpieczonego głównego, możemy wznowić Twoją ochronę, jeśli:
 - 1) ubezpieczający wskaże Cię na liście osób, których ochrona ubezpieczeniowa ma zostać wznowiona;
 - 2) została opłacona za Ciebie należąca składka.
39. Ochrona z tytułu umowy dodatkowej ulega zawieszeniu lub wznowieniu odpowiednio w dniu zawieszenia lub wznowienia ochrony z tytułu umowy podstawowej.

Ocena ryzyka ubezpieczeniowego – na czym polega i kogo dotyczy

40. Możemy przeprowadzić ocenę ryzyka ubezpieczeniowego każdej osoby zgłaszanej nam do umowy, w tym także Ciebie, i:
 - 1) zażądać udzielenia informacji o Twoim stanie zdrowia w zakresie, który wskazaliśmy w deklaracji, ankiecie medycznej lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
 - 2) wymagać dostarczenia dodatkowych dokumentów, dotyczących Twojego stanu zdrowia;
 - 3) skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt, z wyłączeniem badań genetycznych.
41. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dotyczy w szczególności osoby, która:
 - 1) w dniu podpisania deklaracji lub wysłania do nas deklaracji elektronicznej przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe;
 - 2) objęta jest ochroną z tytułu innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie lub umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z nami;
 - 3) jest ubezpieczonym bliskim;
 - 4) jest związana z ubezpieczającym innym stosunkiem prawnym niż stosunek pracy.
42. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy:
 - 1) zaproponować Ci zmianę zakresu ubezpieczenia;
 - 2) zaproponować Ci podwyższenie składki;
 - 3) zaproponować obniżenie sumy ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej lub poszczególnych umów dodatkowych;
 - 4) odmówić objęcia ochroną;
 - 5) określić datę, od której może się rozpocząć Twoja ochrona.O powyższych zmianach poinformujemy Cię za pośrednictwem ubezpieczającego.

Składka

– jak ustalamy jej wysokość i jak należy ją opłacać

43. Wysokość składki za Ciebie ustalamy na podstawie taryfy składek aktualnej w dniu składania wniosku o zawarcie umowy. Jest ona zależna od:
 - 1) wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 2) zakresu ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości opłacania składek;
 - 4) liczby, struktury zawodowej, wieku i płci osób, które przystępują do ubezpieczenia;
 - 5) charakteru działalności gospodarczej, którą prowadzi ubezpieczający;
 - 6) informacji o ryzyku ubezpieczeniowym, które otrzymamy w deklaracjach i innych dokumentach ubezpieczeniowych.
44. Wysokość składki oraz sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
45. Składkę obliczamy za czas trwania ochrony. Jeśli umowa wygaśnie przed upływem okresu, na jaki została zawarta, zwrócimy ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres.

46. Ubezpieczający opłaca składkę za Ciebie i innych ubezpieczonych z częstotliwością miesięczną. Na wniosek ubezpieczającego możemy się zgodzić na zmianę częstotliwości na kwartalną, półroczną lub roczną.
47. Ubezpieczający opłaca składkę na wskazany przez nas rachunek bankowy z góry lub w innym terminie potwierdzonym przez nas w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
48. Składki z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych ubezpieczający powinien opłacać razem.
49. Składka powinna być opłacana przez cały okres ochrony, także w okresie wypowiedzenia.
50. Termin płatności składki potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający powinien opłacić składkę za wszystkich ubezpieczonych we wskazanym terminie.
51. Składka jest nieopłacona, jeśli ubezpieczający:
 - 1) wpłacił składkę w niższej wysokości niż składka należąca za wszystkich ubezpieczonych;
 - 2) wpłacił składkę na niewłaściwy numer rachunku bankowego;
 - 3) nie opłacił składki w wymaganym terminie.
52. Jeśli ubezpieczający nie opłaci składki w całości lub części, wezwijemy go do uzupełnienia zaległości. W wezwaniu wskażemy 7-dniowy dodatkowy termin na dokonanie zapłaty. Dodatkowo poinformujemy go o skutkach nieopłacenia składki, tj.:
 - 1) zakończeniu ochrony ubezpieczonych; ochronę zakończymy z upływem jednego miesiąca, który liczymy od końca okresu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią należną składkę, jednak nie wcześniej niż z upływem wskazanego przez nas dodatkowego 7-dniowego terminu na dokonanie zapłaty;
 - 2) uznaniu umowy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego.
53. Jeśli wystąpią zaległości w opłaceniu składki, wpłaty ubezpieczającego przeznaczymy w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

Warto wiedzieć

Suma ubezpieczenia to kwota określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, jakie wypłacimy w przypadku zdarzenia. Składka to opłata za ochronę ubezpieczeniową.

54. Świadczenie z tytułu Twojej śmierci wypłacimy uposażonemu. Świadczenia z tytułu innych zdarzeń wypłacimy Tobie. Z tytułu umowy podstawowej uposażony otrzyma świadczenie w przypadku Twojej śmierci w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
55. Wskazujesz jednego uposażonego lub więcej samodzielnie. Umowa może przewidywać, że uposażonych za Twoją zgodą wskazuje ubezpieczający.
56. Jeśli wskażesz więcej niż jednego uposażonego, określasz procentowy udział każdej ze wskazanych osób w świadczeniu. Jeśli nie określisz udziału lub wskażesz udziały, które nie sumują się do 100%, przyjmiemy, że udziały są równe.
57. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu Twojej śmierci osobie, która swoim umyślnym działaniem ją spowodowała lub przyczyniła się do niej.
58. Jeżeli uposażony zmarł przed Twoją śmiercią albo utracił prawo do świadczenia w myśl postanowień pkt 57, jego prawo do świadczenia przysługuje pozostałym uposażonym, proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w tym świadczeniu.
59. Jeżeli w chwili Twojej śmierci uposażeni nie są wyznaczeni, nie żyją albo wszyscy utracili prawo do świadczenia w myśl postanowień pkt 57, to świadczenie przysługuje uposażonemu zastępczemu. Możesz wskazać jednego uposażonego zastępczego lub więcej. Jeśli wskażesz więcej niż jednego uposażonego zastępczego, zapisy pkt 56 stosujemy odpowiednio. Jeśli nie wyznaczysz uposażonych zastępczych lub gdy oni także utracili prawo do świadczenia w myśl pkt 57, świadczenie wypłacimy w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi (jeśli nie została orzeczona separacja) – w całości, a w razie jego braku lub orzeczonej separacji
 - 2) dzieciom – w równych częściach, a w razie ich braku
 - 3) rodzicom – w równych częściach, a w razie ich braku

- 4) rodzeństwu – w równych częściach, a w razie jego braku
 - 5) spadkobiercom – w częściach w jakich dziedziczą po Tobie.
60. Za osobę zmarłą przed Twoją śmiercią uważamy również osobę, która zmarła jednocześnie z Tobą.

Warto wiedzieć

Definicję uposażonego zastępczego znajdziesz na końcu OWU w słowniku pojęć w pkt 123 ppkt 37.

61. Do wypłaty świadczenia należy przekazać nam dokumenty, które wskazaliśmy w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia. Formularz jest dostępny na naszej stronie internetowej uniaq.pl.
62. Jeśli wniosek o wypłatę świadczenia składasz pisemnie, dołącz kopie dokumentów, których zgodność z oryginałem poświadczysz:
 - 1) notariusz lub
 - 2) organ, który je wydał, lub
 - 3) nasz przedstawiciel, lub
 - 4) uprawniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której byłeś zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
63. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza, zanim zostaną do nas dostarczone.
64. Świadczenie z tytułu Twojej śmierci wypłacimy w wysokości sumy ubezpieczenia, która wskazana jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
65. Świadczenia z tytułu pozostałych zdarzeń wypłacamy lub realizujemy zgodnie z postanowieniami OWUD.
66. Świadczenie wypłacimy w terminie 21 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Jeśli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości wypłaty będzie niemożliwe, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni. Liczymy je od dnia, w którym, przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 21 dni.
67. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ciebie, jeżeli nie jesteś osobą występującą z roszczeniem (nie dotyczy świadczenia z tytułu śmierci). Wyjaśnimy, dlaczego odmawiamy wypłaty świadczenia lub wypłacamy je w innej wysokości. Przekażemy również informacje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

Karencja

68. Nasza ochrona jest ograniczona w okresie karencji. Karencja może mieć zastosowanie w umowie podstawowej oraz w umowach dodatkowych. Okres karencji potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
69. Karencja nie dotyczy zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ochrony.
70. Jeśli wyraziliśmy zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która w dniu podpisania deklaracji lub przestania deklaracji elektronicznej przebywa na co najmniej 14-dniowym zwolnieniu lekarskim, to do czasu jego zakończenia nasza ochrona ograniczona jest do zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem.

Ważne informacje

Karencja to okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona. Jeśli w tym czasie wystąpi zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia, nie otrzymasz świadczenia, chyba że to zdarzenie zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, wtedy nie stosujemy karencji.

Wyłączenia w umowie podstawowej oraz umowach dodatkowych

71. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, doszło wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;

- 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach;
- 3) samobójstwa, w okresie dwóch lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Wyłączenia dotyczące umów dodatkowych

72. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych, doszło wskutek:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na Twoją prośbę – niezależnie od stanu poczytalności;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
 73. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który jest przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych, jest następstwem:
 - 1) spożycia alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w Twoim organizmie wynosi od 0,2‰ we krwi albo od 0,1 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza;
 - 2) niezaleconego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających, psychoaktywnych lub psychotropowych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 3) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, który został przeprowadzony poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 4) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 5) uprawiania niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej o ryzykownym charakterze: wszelkich sportów lotniczych, wspinaczki, speleologii, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, sportów motorowych i motorowodnych, jazdy quadami, jazdy off-road, sportów spadochronowych, sportów walki;
 - 6) pełnienia służby wojskowej;
 - 7) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli nie miałeś odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 8) nieprzestrzegania przez Ciebie przepisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych lub regulaminu pracy, jeśli zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia określone jako spowodowane wypadkiem przy pracy.
 74. Jeśli zakresem ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej objęte jest życie lub zdrowie innych osób niż Ty, postanowienia pkt 71–73 oraz 75 stosujemy odpowiednio także do: współmałżonka, partnera, rodziców ubezpieczonego, rodziców współmałżonka, rodziców partnera oraz dziecka.
- #### Skutki podania nam nieprawdziwych informacji przed zawarciem umowy
75. Jeżeli okaże się, że przed rozpoczęciem ochrony na podstawie umowy podstawowej lub jednej z umów dodatkowych otrzymaliśmy od Ciebie lub ubezpieczającego, lub od osoby reprezentującej Ciebie lub ubezpieczającego, nieprawdziwe informacje, a zwłaszcza że zatajono przed nami Twoją chorobę, to w okresie pierwszych 3 lat obowiązywania umowy nie ponosimy odpowiedzialności za skutki zatajonych okoliczności.
 76. W takiej sytuacji jesteśmy także zwolnieni z odpowiedzialności przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia. Nie ponosimy wtedy odpowiedzialności w odniesieniu do kwoty, o jaką suma ubezpieczenia została podwyższona.
- #### Kiedy jeszcze nie przyznamy świadczenia
77. Nie przyznamy świadczenia, jeśli jego wypłata lub realizacja usługi wynikającej z ubezpieczenia mogłyby nas narazić na:
 - 1) sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych;
 - 2) sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Obowiązki ubezpieczającego, nasze i Twoje – do czego się zobowiązujemy

78. Ubezpieczający powinien przekazywać nam wszystkie dane i podejmować działania niezbędne do wykonywania umowy, w szczególności:
- 1) informować nas o zmianach swoich danych kontaktowych i adresowych;
 - 2) przekazywać nam dane osób, które przystępują do umowy i rezygnują z ochrony;
 - 3) przekazywać nam dane osób, których ochronę mamy zawiesić albo wznowić;
 - 4) opłacać składki za Ciebie i innych ubezpieczonych;
 - 5) udzielać odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku i innych dokumentach.
79. Ubezpieczający przekazuje Ci warunki umowy ubezpieczenia, w tym OWU i OWUD, na piśmie lub – za Twoją zgodą – na innym trwałym nośniku, przed przystąpieniem do umowy oraz wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki.
80. Ubezpieczający powinien przekazywać Ci, na piśmie lub – jeżeli wyraziłeś na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje o:
- 1) zmianie warunków umowy lub prawa właściwego dla zawartej umowy oraz ich wpływie na wartość świadczeń; ubezpieczający powinien to zrobić, zanim wyrazi zgodę na zmianę;
 - 2) wysokości świadczeń, które przysługują z tytułu zawartej umowy; jeżeli ich wysokość ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy, ubezpieczający powinien przekazać tę informację niezwłocznie po jej otrzymaniu od nas;
 - 3) zmianie sumy ubezpieczenia, jeśli zgodnie z umową przysługuje Ci świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie – ubezpieczający powinien przekazać tę informację niezwłocznie po jej otrzymaniu od nas.
81. Mamy obowiązek:
- 1) doręczyć ubezpieczającemu przed zawarciem umowy OWU i OWUD na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku;
 - 2) doręczyć ubezpieczającemu polisę lub dokument umowy ubezpieczenia;
 - 3) prawidłowo i terminowo wykonywać obowiązki przewidziane w umowie oraz przepisach prawa.
82. Powinieneś nas informować o zmianach Twoich danych, które podałeś w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia – kiedy ubezpieczający może od niej odstąpić

83. Jeśli ubezpieczający jest osobą fizyczną, może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeśli jest przedsiębiorcą – to w ciągu 7 dni od zawarcia umowy. W obu przypadkach ubezpieczający powinien przesłać nam oświadczenie o odstąpieniu.
84. Jeżeli ubezpieczający jest konsumentem i nie poinformowaliśmy go przed zawarciem umowy o prawie odstąpienia od niej, okres 30 dni liczymy od dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia.
85. Jeżeli ubezpieczający jest konsumentem, a umowa została zawarta bez jednoczesnej obecności obu stron z użyciem środków porozumiewania się na odległość, ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 30 dni:
- 1) od dnia, w którym poinformujemy go o zawarciu umowy, lub
 - 2) od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać konsumentowi na podstawie przepisów dotyczących zawierania umów na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.
- Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem ubezpieczający wysłał do nas oświadczenie o odstąpieniu.
86. Jeżeli ubezpieczający odstąpi od umowy, zwrócimy mu wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
87. Oświadczenie o odstąpieniu należy przesłać nam w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Rezygnacja z umowy ubezpieczenia – kiedy i jak możesz zrezygnować z ochrony

88. Możesz zrezygnować z ochrony w każdym momencie, składając ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji. Oświadczenie złożone w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez nas. Nasza odpowiedzialność kończy się z upływem okresu, za który opłacono za Ciebie składkę.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia – kiedy i w jaki sposób umowa ulega rozwiązaniu

89. Umowa podstawowa rozwiąże się, gdy:
- 1) wypowie ją ubezpieczający – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
 - 2) upłynie okres, na jaki została zawarta:
 - a) a strony nie przedłużyły okresu jej obowiązywania,
 - b) a strony nie uzgodniły warunków zmiany umowy do rocznicy polisy;
 - 3) uznamy umowę za wypowiedzianą przez ubezpieczającego; rozwiązanie umowy nastąpi wraz z upływem 3. miesiąca zaległości w opłaceniu składki, licząc od końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka, nie wcześniej niż z upływem 7-dniowego dodatkowego terminu wyznaczonego przez nas na dokonanie zapłaty, ale nie później niż z końcem okresu, na jaki umowa została zawarta;
 - 4) ubezpieczający zawiesił lub zaprzestał prowadzenia działalności – z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym działalność została zawieszona lub wykreślona z właściwego rejestru lub ewidencji.
90. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu rozwiązania umowy podstawowej oraz w ostatnim dniu roku polisy, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.
91. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę podstawową w dowolnym momencie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca polisy następującego bezpośrednio po miesiącu polisy, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu.
92. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w dowolnym momencie – umowa ulegnie rozwiązaniu w ostatnim dniu roku polisy.
93. Wypowiedzenie należy złożyć w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.
94. Od momentu doręczenia nam oświadczenia o wypowiedzeniu do umowy nie mogą przystępować nowe osoby.
95. Umowę uważamy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w opłaceniu składki, zgodnie z pkt 89 ppkt 3.

Kontynuacja ubezpieczenia – kto i na jakich zasadach może kontynuować ubezpieczenie

96. Jeśli jesteś ubezpieczonym głównym, możesz kontynuować ubezpieczenie na warunkach zaproponowanych przez nas, gdy:
- 1) ustanie stosunek prawny pomiędzy Tobą a ubezpieczającym;
 - 2) ubezpieczający zaprzestanie lub zawiesi prowadzenie działalności;
 - 3) ukończysz wiek określony w umowie;
 - 4) wystąpisz z ubezpieczenia lub zawiesimy Twoją ochronę, ponieważ przebywasz na urlopie wychowawczym, macierzyńskim lub bezpłatnym.
97. Uzyskasz prawo do kontynuacji, jeżeli:
- 1) bezpośrednio przed zgłoszeniem chęci kontynuacji ubezpieczenia byłeś objęty przez co najmniej 3 miesiące grupowym ubezpieczeniem na życie;
 - 2) dopełniłeś wskazanych przez nas formalności, w szczególności w terminie określonym w ogólnych warunkach kontynuacji złożyłeś wniosek o zawarcie umowy lub deklarację;
 - 3) opłaciłeś składkę we wskazanym przez nas terminie.
98. Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, nabywasz prawo do kontynuacji ubezpieczenia, gdy otrzymuje je ubezpieczony główny.

Sposoby składania reklamacji, skarg i zażaleń – jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie i jak je rozpatrujemy

99. Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś osobą fizyczną będącą ubezpieczającym, ubezpieczonym, inną osobą

- uprawnioną z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercą posiadającą interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także o ile jesteście osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej będącą ubezpieczającym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
100. W przypadku osób fizycznych za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas jako podmiotu rynku finansowego, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia składane przez osoby fizyczne będące klientami brokera ubezpieczeniowego albo klientami agenta ubezpieczeniowego lub agenta oferującego ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
 101. W przypadku osób prawnych lub spółek nieposiadających osobowości prawnej za reklamację uważa się wystąpienie, w tym skargę i zażalenie, skierowane do nas, zawierające zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez nas usług. Wyjątek stanowią wystąpienia dotyczące brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych lub agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń, zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, zawierające zastrzeżenia dotyczące tych podmiotów w zakresie, który niezwiązany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
 102. Reklamacje wnoszą się do zarządu naszej spółki. Reklamacja może być złożona w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
 103. Reklamację na świadczone przez nas usługi można złożyć:
 - 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie:
 - a) telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22,
 - b) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie;
 - 3) na piśmie:
 - a) osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub siedzibie,
 - 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.
 104. Odpowiedzi na reklamację udzielimy 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.
 105. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
 106. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć reklamacji i udzielić na nią odpowiedzi w terminie 30 dni, poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
 107. Jeżeli osoba fizyczna składająca reklamację nie zgadza się z naszym stanowiskiem wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego, a ponadto może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko UNIQA według właściwości określonej w OWU.
 108. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
 109. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 110. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUŃ S.A. 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).

111. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami pkt 99–101, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażeń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 102–105 i 108, z zastrzeżeniem że w szczególnie skomplikowanych przypadkach, w których nie będziemy mogli rozpatrzyć skargi lub zażalenia i udzielić odpowiedzi w terminie 30 dni, osobę, która je złożyła, poinformujemy w tym terminie o przyczynie opóźnienia. W takim przypadku odpowiedzi na skargę lub zażalenie udzielimy nie później niż w terminie 90 dni od dnia ich otrzymania.

Właściwość sądów

– do którego sądu wnieść powództwo

112. Powództwo o roszczenie, wynikające z umowy, można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy.
113. 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.

Postanowienia końcowe

– co jeszcze jest ważne

114. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
115. Za zgodą stron do umowy możemy wprowadzić postanowienia dodatkowe lub odmienne od tych OWU.
116. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w pkt 115, wymaga pisemnej akceptacji przez obie strony umowy pod rygorem bezskuteczności.
117. Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej.
118. Sprawozdania o wypłacalności i naszej kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
119. Integralną część tych OWU stanowi Formularz do OWU, czyli informacja sporządzona zgodnie z art. 17 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
120. 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.
121. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku.
122. 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.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWU lub OWUD

123. W OWU i OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

Pojęć, które zdefiniowaliśmy poniżej, używamy w tym samym znaczeniu także w ogólnych warunkach umów dodatkowych. Jeśli w jakiejś umowie dodatkowej zdefiniowaliśmy je inaczej, wtedy zastosowanie ma definicja z danego OWUD.

- 1) **choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, stwierdzona przez lekarza, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **dziecko** – Twoje własne lub przysposobione lub dziecko Twojego współmałżonka lub partnera, jeżeli nie żyje jego ojciec lub matka, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia; w przypadku dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek:
 - a) osierocenia dziecka – ograniczenie wiekowe do 25. roku życia nie dotyczy dziecka, które uznane jest za niezdolne do samodzielnej egzystencji,

- b) pobytu dziecka w szpitalu w celu leczenia choroby – przez dziecko rozumiemy dziecko, które ukończyło 1. rok życia i nie ukończyło 25. roku życia;
- 3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyłączeniem dni wolnych od pracy, zgodnie z Ustawą z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy;
- 4) **elektronicznie** – z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, czyli środków takich jak np. poczta elektroniczna, które umożliwiają kontakt bez jednoczesnej fizycznej obecności;
- 5) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 6) **karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona lub wyłączona; jeśli w tym czasie wystąpi zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia nie otrzymasz świadczenia, chyba że jest ono spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
- 7) **lekarz specjalista** – lekarz uwzględniony w wykazie specjalności lekarskich w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia 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);
- 8) **miesiąc polisy** – miesiąc, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Twojego oraz odpowiednio – w zależności od przedmiotu ubezpieczenia wskazanego w umowie dodatkowej – współmałżonka lub partnera, dziecka, Twojego rodzica, rodzica współmałżonka lub partnera; nie uznajemy za nieszczęśliwy wypadek zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet tych, które występują nagle; a także następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia;
- 10) **niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność do wykonywania przez Ciebie jakiegokolwiek pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Ciebie zdolności do pracy; o niezdolności do pracy mogą orzec, działając na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach: właściwy lekarz orzecznik, sąd lub organ rentowy; w przypadku braku orzeczenia wyżej wskazanych podmiotów o niezdolności do pracy może orzec nasz lekarz orzecznik;
- 11) **obrażenia ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów, które powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 12) **Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) lub Oddział Intensywnej Terapii (OIT)** – wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, którzy wymagają intensywnego leczenia i stałego nadzoru podstawowych czynności życiowych oraz podtrzymywania czynności niewydolnych organów i układów organizmu; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również oddział intensywnego nadzoru medycznego lub intensywnej terapii rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny wyposażony na stałe w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, który funkcjonuje w obrębie oddziału lub kliniki i przeznaczony jest do leczenia oraz podtrzymania czynności niewydolnych organów i układów organizmu chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania podstawowych czynności życiowych; w rozumieniu OWUD za OIOM lub OIT nie uznajemy: oddziału rehabilitacji, sal pooperacyjnych ani sal nadzoru pooperacyjnego;
- 13) **operacja medyczna** – zabieg medyczny, wymieniony w tabeli operacji medycznych, który przeprowadza lekarz w znieczuleniu ogólnym miejscowym lub przewodowym w trakcie Twojego pobytu w placówce medycznej; wyróżniamy 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 rękoczynny, 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 rękoczynny, wewnątrz wyżej wymienionych struktur,
- c) operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczone z użyciem endoskopu);
- jeżeli w tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja medyczna jest wykonywana, ponosimy odpowiedzialność za operację medyczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
- 14) **partner** – osoba fizyczna wskazana w deklaracji, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała w trwałym wspólnym pożyciu z Tobą oraz prowadziła z Tobą wspólne gospodarstwo domowe; za partnera nie uznajemy osoby spokrewnionej z Tobą, tj. pozostającej w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa lub przysposobienia; zarówno Ty, jak i ta osoba nie pozostajecie w związkach małżeńskich w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; możesz wskazać partnera w momencie przystąpienia do ubezpieczenia – ze skutkiem od dnia przystąpienia, lub w trakcie roku polisy – ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy; jeśli w trakcie roku polisy zgłaszasz zmianę partnera, to jest to skuteczne od najbliższej rocznicy polisy;
- 15) **partner medyczny** – operator medyczny, z którym współpracujemy w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy ubezpieczenia;
- 16) **placówka medyczna** – 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, działająca na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważamy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 17) **podgrupa** – grupa ubezpieczonych, która została wyodrębniona według zaakceptowanych przez nas kryteriów, w szczególności ze względu na zakres ubezpieczenia;
- 18) **polisa** – dokument wystawiony przez nas, potwierdzający zawarcie umowy oraz warunki tej umowy, w tym wysokości sum ubezpieczenia;
- 19) **rekonwalescencja** – okres pobytu na zwolnieniu lekarskim, który następuje bezpośrednio po zakończeniu okresu pobytu w szpitalu i służy Twojemu powrotowi do zdrowia; do okresu rekonwalescencji nie wliczamy okresu, w którym przebywałeś w placówce medycznej;
- 20) **rocznica polisy** – dzień obowiązywania umowy w każdym roku kalendarzowym, odpowiadający dacie początku ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony;
- 21) **rodzic** – Twoja matka lub Twój ojciec w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; w przypadku gdy Twoja matka lub ojciec nie żyje za Twojego rodzica uznajemy również odpowiednio osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest:
- a) żoną Twojego ojca lub wdową po Twoim ojcu, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- b) mężem Twojej matki lub wdowcem po Twojej matce, o ile po śmierci matki nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 22) **rodzic współmałżonka** – matka lub ojciec współmałżonka w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; w przypadku gdy nie żyje matka lub ojciec współmałżonka za rodzica współmałżonka uznaje się również odpowiednio osobę, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest:

- 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 Twojego współmałżonka pozostają w rozumieniu OWUD rodzicami współmałżonka, o ile nie zawarzesz ponownie związku małżeńskiego;
- 23) **rok polisy** – okres, który rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej oraz w każdą rocznicę polisy, a kończy się w dniu bezpośrednio poprzedzającym rocznicę polisy;
- 24) **sanatorium** – zakład lecznictwa, który znajduje się na terenie Polski, działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa i przeznaczony jest do leczenia, głównie naturalnymi środkami, chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłaniom i zaostrzeniom;
- 25) **suma ubezpieczenia** – wartość określona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, która jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia;
- 26) **szpital** – zakład opieki lecznictwa zamkniętego, działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uznajemy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka, oddziału, pododdziału 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, oddziałów dziennych ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji, szpitala sanatoryjnego ani domu opieki;
- 27) **śmierć w następstwie udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru niedokrwiennego, udaru krwotocznego, krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 28) **śmierć w następstwie zawału serca** – śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcyjnego;
- 29) **trwały nośnik** – materiał lub narzędzie, które umożliwia ubezpieczającemu lub Tobie przechowywanie informacji w taki sposób, aby móc zachować dostęp do nich w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje służą, oraz pozwolić na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
- 30) **Ty, ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do ubezpieczenia i:
- a) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 16. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, która pozostaje z ubezpieczającym w stosunku prawnym o charakterze określonym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia (ubezpieczony główny),
- b) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia, która jest współmałżonkiem ubezpieczonego głównego, partnerem albo pełnoletnim dzieckiem własnym lub przysposobionym ubezpieczonego głównego (ubezpieczony bliski); rozszerzenie definicji ubezpieczonego na ubezpieczonego bliskiego jest potwierdzane w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
- 31) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera umowę i zobowiązuje się do opłacania składek;
- 32) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzczaszkowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powoduje powstanie trwałych ubytków neurologicznych, które znajdują potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymują się przez okres co najmniej 48 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM);
- zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego, które zostało spowodowane zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
- c) patologii naczyń krwionośnych, które powodują zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
- d) przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 33) **umowa** – umowa podstawowa, a jeśli została rozszerzona o umowy dodatkowe, wówczas obejmuje również te umowy dodatkowe;
- 34) **umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia (OWUD) jako rozszerzenie umowy podstawowej;
- 35) **umowa podstawowa** – umowa zawarta na podstawie tych OWU;
- 36) **uposażony** – osoba, którą wskazałeś jako uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu Twojej śmierci;
- 37) **uposażony zastępczy** – osoba, którą wskazałeś jako uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu Twojej śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie było uposażonych lub utracili oni prawo do świadczenia;
- 38) **uprawniony** – Ty, dziecko lub, jeżeli dziecko jest niepełnoletnie, prawny opiekun lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad dzieckiem, którzy są uprawnieni do organizowania i odbywania wizyt w placówkach medycznych z dzieckiem;
- 39) **urodzenie się dziecka** – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez urząd stanu cywilnego, w którym jesteś wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 40) **urodzenie się dziecka wymagającego leczenia** – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone aktem urodzenia wystawionym przez urząd stanu cywilnego, w którym jesteś wymieniony jako rodzic dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:
- a) 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;
- 41) **uszczerbek lub uszkodzenie ciała** – następstwa nieszczęśliwego wypadku, które wymieniliśmy w tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 42) **uszczerbek na zdrowiu** – trwałe naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu, które wymieniliśmy w tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu;
- 43) **wada wrodzona** – nieprawidłowość rozwojowa dotycząca narządu lub części ciała, nabyta w życiu płodowym, pojedyncza lub mnoga, która doprowadziła 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); w zakresie dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia dziecka wymagającego leczenia za wadę wrodzoną uznajemy tylko wadę, która została zdiagnozowana przed ukończeniem 1. roku życia dziecka;
- 44) **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;
- 45) **współmałżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Tobą w związku małżeńskim; jeśli występuje w roli ubezpieczonego bliskiego – osoba, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;

- 46) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ jako pasażer, kierujący, członek załogi, pieszy lub rowerzysta w związku z ruchem:
- a) pojazdu silnikowego w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motoroweru, rowerze lub pojeździe szynowym,
 - b) pasażerskiego statku powietrznego,
 - c) statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego;
- 47) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, 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;
- za wypadek przy pracy nie uznajemy wypadku w drodze do pracy lub z pracy;
- 48) **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 załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoją śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoją śmierć w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoją śmierć w następstwie wypadku przy pracy, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie wypadku przy pracy.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoją śmierć w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, które zdarzyły się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli śmierć nastąpi w ciągu 3 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje osierocenie przez Ciebie dziecka w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy każdemu Twojemu dziecku świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli umrzesz w okresie ochrony.
4. Jeżeli w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku umrze także druga osoba, której władza rodzicielska przysługiwała w chwili śmierci lub w momencie osiągnięcia przez dziecko pełnoletności, wypłacimy dodatkowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia każdemu dziecku, nad którym oboje sprawowaliście władzę rodzicielską.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4–5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli doznasz uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Ci świadczenie zgodnie z wybranym wariantem:
 - 1) w wariantcie 1. – wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała, lub

- 2) w wariantcie 2. w formule świadczeń progresywnych – wypłacimy świadczenie w wysokości iloczynu procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, sumy ubezpieczenia oraz współczynnika progresji, który określamy w tabeli poniżej.

Tabela współczynnika progresji

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Współczynnik progresji
0,5–19,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		1
20–49,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		2
50–79,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		3
80–100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		4

4. Jeśli w danym roku polisy doznasz kilku uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zsumujemy wartości procentowe poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

5. Suma świadczeń w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub w danym roku polisy nie może przekroczyć:
 - 1) w przypadku wariantu 1. – sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD,
 - 2) w przypadku wariantu 2. w formule świadczeń progresywnych – wartości, jaka wynika z wypłaty 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
6. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Przykład:

W przypadku uszkodzenia gałek ocznych wskutek urazu z całkowitą utratą widzenia tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała określa 100% uszczerbku na zdrowiu, wtedy:

- 1) w wariantcie 1.: wypłacimy świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia;
- 2) w wariantcie 2.: wypłacimy świadczenie w wysokości 400% sumy ubezpieczenia, ponieważ przy 100% uszczerbku współczynnik progresji wynosi 4.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 2

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli doznasz uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
4. Suma świadczeń w związku z jednym wypadkiem komunikacyjnym lub w danym roku polisy nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała, która jest załącznikiem do tych OWUD.
6. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie wypadku przy pracy, który miał miejsce w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli doznasz uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie wypadku przy pracy, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.
4. Suma świadczeń w związku z jednym wypadkiem przy pracy lub w danym roku polisy nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
5. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała, która jest załącznikiem do tych OWUD.
6. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<p>pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6</p> <p>pkt 1–14 Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</p>
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<p>pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia</p> <p>pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5, pkt 9</p>

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek na Twoim zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, które wystąpiły w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia.

4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli uszczerbek na zdrowiu wystąpił w ciągu 6 miesięcy po dacie zawału serca lub udaru mózgu.
5. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
6. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, która stanowi załącznik do tych OWUD.
7. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, najwcześniej po upływie 2 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, na podstawie stanu zdrowia na dzień badania.
8. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.
9. Jeśli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, wypłacimy świadczenie pomniejszone o procent uszczerbku, jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71, 72 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek 50-procentowego uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 8

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie co najmniej 50-procentowego uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku, po zsumowaniu wartości procentowych doznanych przez Ciebie uszczerbków lub uszkodzeń ciała w tym nieszczęśliwym wypadku, zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśli-

wego wypadku, wyniosą one minimum 50 procent – będziemy Ci wypłacać świadczenie miesięczne.

4. Wysokość świadczenia miesięcznego oraz okres jego wypłaty potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
5. Jeśli umrzesz w czasie otrzymywania świadczenia miesięcznego, pozostała do wypłaty suma świadczeń miesięcznych wypłacimy jednorazowo Twoim spadkobiercom.
6. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

8. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU Twoja ochrona z tytułu OWUD wygasa z dniem przyznania Ci prawa do świadczenia.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoją niezdolność do pracy spowodowaną:
 - 1) chorobą, jeśli została zdiagnozowana w okresie ochrony, lub
 - 2) nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. W przypadku Twojej niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w okresie naszej ochrony i trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
4. W uzasadnionych przypadkach możemy wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

5. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU Twoja ochrona z tytułu OWUD wygasa z upływem dnia, w którym wypłaciliśmy Ci sumę ubezpieczenia w pełnej wysokości.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoją niezdolność do pracy spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. W przypadku Twojej niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w okresie naszej ochrony i trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
4. W uzasadnionych przypadkach możemy wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy są w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się ochrona

5. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU Twoja ochrona z tytułu OWUD wygasa z upływem dnia, w którym wypłaciliśmy Ci sumę ubezpieczenia w pełnej wysokości.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6–7, pkt 14, pkt 16, pkt 19–20, pkt 22–23, pkt 30–32, pkt 34, pkt 40, pkt 49
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 9–11, pkt 16–19, pkt 21, pkt 33, pkt 37–38, pkt 40, pkt 44–45, pkt 47–48

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twój pobyt w szpitalu:
 - 1) w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym i wypadkiem przy pracy, lub
 - 2) w celu leczenia choroby, w tym także pobyt związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, z wyłączeniem pobytu w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym, lub
 - 3) związany z zawałem serca lub udarem mózgu.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie ochrony.
4. Ubezpieczenie możemy rozszerzyć o:

- 1) pobyt na OIOM/OIT, rekonwalescencję i pobyt w sanatorium;
 - 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, związanych z pobytem w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni;
 - 3) świadczenie lekowe, związane z pobytem w szpitalu, który trwał określoną w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia liczbę dni;
 - 4) pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym;
 - 5) pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.
5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu

6. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu.
9. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wypłacimy tylko jedno wyższe świadczenie.
10. Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, uznajemy za pobyt spowodowany chorobą.

11. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:
 - 1) poza dany rok polisy lub
 - 2) poza okres ochrony,
 wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym Twój pobyt w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
12. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu. Na Twój wniosek możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli Twój pobyt w szpitalu trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku dołącz dokument, którego treść potwierdzi dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia w szpitalu.
13. Aby ustalić Twoje prawo do świadczenia, możemy skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza.

Świadczenie w związku z pobytem na OIOM/OIT, sanatorium lub rekonwalescencją
14. Wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie za pobyt na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencję.
15. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
16. Wypłacimy świadczenie, jeżeli pobyt na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencja są związane z pobytem w szpitalu, za który należy Ci się świadczenie, oraz spełnione są warunki:
 - 1) pobyt w szpitalu, który poprzedzał rekonwalescencję trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 2) pobyt w sanatorium został potwierdzony dokumentacją medyczną.
17. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za pobyt w sanatorium w danym roku polisy.
18. Jeżeli pobyty w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, to wypłacimy tylko jedno świadczenie w okresie ochrony.

Świadczenia ambulatoryjne
19. Masz dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli pobyt w szpitalu, za który należy Ci się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
20. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
21. Jeżeli pobyty w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy Ci tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie ochrony.
22. Możesz skorzystać z następujących świadczeń ambulatoryjnych:
 - 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) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
23. Możesz skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu trwający co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują Ci od następnego dnia roboczego po tej decyzji przez 12 miesięcy.
24. Świadczenia ambulatoryjne wykonują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach otrzymasz także na infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu tego świadczenia.
25. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile nie wskazesz późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.
 Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u lekarza danej specjalizacji, a nie dostępności konkretnego lekarza.
26. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
27. Możesz uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
28. Aby zrealizować świadczenia, powinieneś:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzymasz od pracowników placówki medycznej.
29. Możesz skorzystać z wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę.
30. Jeśli za naszą zgodą skorzystałeś z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
31. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.

Świadczenie lekowe
32. Wypłacimy Ci świadczenie lekowe za każdy Twój pobyt w szpitalu, jeśli trwał co najmniej tyle dni, ile wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
33. Wypłacimy Ci tylko jedno świadczenie lekowe za wszystkie pobyty w szpitalu w okresie ochrony, jeśli były spowodowane tą samą przyczyną.

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym
34. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym.
35. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
36. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym.
37. Wypłacimy świadczenie za pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, jeśli pobyt:
 - 1) rozpoczął się w okresie naszej ochrony;
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni;
 - 3) rozpoczął się nie później niż 6 miesięcy po pobycie w szpitalu, w związku z którym przyznaliśmy Ci świadczenie;
 - 4) potwierdzi dokumentacja medyczna.

38. Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym wypłacamy za maksymalnie 30 dni pobytu w danym roku polisy.
39. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu.
40. Nasza ochrona obejmuje tylko stacjonarne, całodobowe pobyty w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym.

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na oddziale psychiatrycznym

41. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.
42. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
43. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.
44. Wypłacimy świadczenie za pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym, jeśli pobyt:
- 1) rozpoczął się w okresie naszej ochrony;
 - 2) trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni;
 - 3) potwierdzi dokumentacja medyczna.
45. Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na oddziale psychiatrycznym wypłacamy za maksymalnie 30 dni pobytu w danym roku polisy.
46. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu.
47. Nasza ochrona obejmuje tylko stacjonarne pobyty na szpitalnym oddziale psychiatrycznym w przypadku całodobowego pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

48. Nie wypłacimy Ci świadczenia, jeżeli celem Twojego pobytu w szpitalu jest:
- 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi, które są związane z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby będącej skutkiem powikłań porodowych;
 - 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległeś w okresie udzielania ochrony, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony lub leczenia wad wrodzonych;
 - 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani nie są obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych, w przypadku rozszerzenia ochrony o pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych, w przypadku rozszerzenia ochrony o pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym wyłączenie to nie ma zastosowania do pobytu w szpitalu na oddziale psychiatrycznym;

- 6) udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

49. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenie:
- 1) **pobyt w szpitalu** – Twój pobyt w szpitalu, który:
 - a) potwierdzony jest dokumentacją medyczną;
 - b) trwa nieprzerwanie co najmniej tyle dni, ile potwierdziłeś w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
 - c) związany jest z:
 - leczeniem doznanych obrażeń ciała lub
 - chorobą, w tym także związany z ciążą lub powikłaniami poporodowymi (okres pobytu w szpitalu liczymy od dnia porodu), wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym lub
 - zawałem serca lub udarem mózgu;
- pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Cię do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba;
- 2) **pobyt w szpitalu na oddziale psychiatrycznym** – Twój pobyt na oddziale psychiatrycznym w zakładzie opieki lecznictwa zamkniętego, który działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie oraz wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uznajemy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, oddziałów dziennych ani szpitala rehabilitacji, oddziału i ośrodka rehabilitacji, szpitala sanatoryjnego ani domu opieki;
 - 3) **pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym** – Twój pobyt na oddziale rehabilitacyjnym w zakładzie opieki lecznictwa zamkniętego, który działa zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie oraz wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uznajemy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka, oddziału, pododdziału 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, domu opieki.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 7, pkt 9–10, pkt 15–17, pkt 23, pkt 26 pkt 1)–84) Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego pkt 1)–15) Katalogu chorób zakaźnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 6, pkt 11–13, pkt 28–31

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r., zmienił uchwałą nr 1/27/06/2023 z 27 czerwca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 lipca 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.

2. Ubezpieczenie obejmuje rozpoznanie u Ciebie po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w:
 - 1) wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A albo katalogu B, albo katalogu C, albo katalogu D – z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ) lub
 - 2) katalogu chorób zakaźnych – jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o ten katalog.
3. Poważne zachorowania grupujemy w katalogi i każde z nich przyporządkowaliśmy do określonej grupy. Wykaz poważnych zachorowań, katalogów i grup oraz wysokość świadczenia za każde poważne zachorowanie określamy w poniższej tabeli:

Wykaz poważnych zachorowań

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Katalog D	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych	✓	✓	✓	✓	1	100
Zawał serca	✓	✓	✓	✓		100
Angioplastyka wieńcowa	✓	✓	✓	✓		20

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Katalog D	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia	
Kardiomiopatia		✓	✓	✓	1	100	
Przeszczep tętnicy płucnej				✓		100	
Kardiomiopatia takotsubo				✓		20	
Walwuloplastyka balonowa				✓		20	
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	✓	✓	✓	✓	2	100	
Choroba neuronu ruchowego	✓	✓	✓	✓		100	
Dystrofia mięśniowa	✓	✓	✓	✓		100	
Łagodny guz mózgu	✓	✓	✓	✓		100	
Łagodny guz rdzenia	✓	✓	✓	✓		100	
Udar mózgu	✓	✓	✓	✓		100	
Zapalenie mózgu	✓	✓	✓	✓		100	
Niedowład (paraliż)		✓	✓	✓		100	
Poważny uraz głowy		✓	✓	✓		100	
Operacja bąblowca mózgu			✓	✓		100	
Odkleszczowe zapalenie mózgu			✓	✓		100	
Operacja ropnia mózgu			✓	✓		100	
Borelioza			✓	✓		20	
Postępujące porażenie nadjądrowe				✓		100	
Stan apaliczny				✓		100	
Paraliż jednej kończyny				✓		20	
Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie				✓		20	
Niewydolność nerek	✓	✓	✓	✓		3	100
Przeszczep narządów	✓	✓	✓	✓			100
Schyłkowa niewydolność wątroby	✓	✓	✓	✓			100
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	✓	✓	✓	✓	100		
Piorunujące zapalenie wątroby		✓	✓	✓	100		
Toczeń rumieniowaty układowy		✓	✓	✓	100		
Guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek				✓	100		
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B				✓	100		
Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C				✓	100		
Reumatoidalne zapalenie stawów				✓	100		
Niedokrwistość aplastyczna	✓	✓	✓	✓	4	100	
Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓	✓		100	
Nowotwór in situ			✓	✓		10	
Nabyta niedokrwistość hemolityczna				✓		100	
Operacja aorty brzusznej	✓	✓	✓	✓	5	100	
Operacja aorty piersiowej	✓	✓	✓	✓		100	
Wymiana lub plastyka zastawki serca		✓	✓	✓		100	
Bakteryjne zapalenie wsierdzia			✓	✓		100	
Ciężki rzut wrzodziejącego zapalenia jelita grubego				✓		100	
Operacja tętniaka mózgu				✓		100	
Tętniak leczony zabiegowo				✓		20	

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Katalog D	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Śpiączka	✓	✓	✓	✓	6	100
Utrata kończyn	✓	✓	✓	✓		100
Utrata mowy	✓	✓	✓	✓		100
Utrata słuchu	✓	✓	✓	✓		100
Utrata wzroku	✓	✓	✓	✓		100
Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie			✓	✓		100
Sepsa (posocznica)			✓	✓		100
Zespół Devica				✓		100
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu				✓		20
Ciężki wstrząs anafilaktyczny				✓		20
Całkowita utrata wzroku w jednym oku				✓		20
Otoskleroza				✓		20
Splenektomia w następstwie urazu				✓		20
Schyłkowa niewydolność oddechowa		✓	✓	✓		7
Gruźlica			✓	✓	100	
Przewlekła niewydolność oddechowa				✓	100	
Samoistne zwłóknienie płuc				✓	100	
Usunięcie płuca (pneumektomia)				✓	100	
Mykobakterioza				✓	20	
Ciężkie oparzenia III stopnia	✓	✓	✓	✓	8	
Ciężkie oparzenia I i II stopnia	✓	✓	✓	✓		100
Poważne oparzenia				✓		20
Zakażona martwica trzustki			✓	✓	9	100
Przewlekłe zapalenie trzustki				✓		100
Zespół krótkiego jelita				✓		100
Pozostałe poważne zachorowania						
Choroba Alzheimera	✓	✓	✓	✓		100
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓	✓	✓	✓		100
Choroba Parkinsona	✓	✓	✓	✓		100
Nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	✓	✓	✓	✓		100
Stwardnienie rozsiane	✓	✓	✓	✓		100
Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	✓	✓	✓	✓		100
Zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	✓	✓	✓	✓		100
Choroba Leśniowskiego-Crohna		✓	✓	✓		100
Twardzina		✓	✓	✓		100
Choroba Huntingtona			✓	✓		100
Tęžec			✓	✓		100
Wścieklizna			✓	✓		100
Żgorzel gazowa			✓	✓		100
Chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej				✓		100

Wykaz chorób zakaźnych

Choroba zakaźna	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Cholera	10	100
Choroba Chagasa		100
Choroba wywołana przez wirus Ebola		100
Choroba wywołana przez wirus Marburg		100
Dur brzuszny		100
Filarioza		100
Gorączka denga		100
Gorączka krwotoczna Chikungunya		100
Gorączka Lassa		100
Gorączka Zachodniego Nilu		100
Malaria		100
Operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej		100
Schistosomatoza		100
Śpiączka afrykańska		100
Żółta gorączka		100

4. Poważne zachorowanie oznacza:

- 1) rozpoznanie w okresie ochrony choroby, która została zdiagnozowana u Ciebie po raz pierwszy w życiu;
 - 2) wykonanie w okresie naszej ochrony zabiegu, który został przeprowadzony u Ciebie po raz pierwszy w życiu.
5. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdziesz w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, które są załącznikami do OWUD.

6. Zakres naszej ochrony nie obejmuje:

- 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony z tytułu OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
- 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony z tytułu OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.

7. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem;
 - 2) świadczenie lekowe w związku z poważnym zachorowaniem.
8. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenia związane z poważnym zachorowaniem

9. Jeśli zostanie u Ciebie rozpoznane poważne zachorowanie, wypłacimy Ci świadczenie w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia dla danego poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia jest potwierdzona w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
10. Procent sumy ubezpieczenia dla każdego poważnego zachorowania wskazujemy w tabeli w pkt 3.
11. Maksymalna wysokość świadczeń na wszystkie poważne zachorowania z jednej grupy poważnych zachorowań wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
12. Każda wypłata świadczenia z danej grupy poważnych zachorowań powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń, czyli 100% sumy

ubezpieczenia z danej grupy poważnych zachorowań, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń wypłaconych z tej grupy poważnych zachorowań.

13. Po rozpoznaniu danego poważnego zachorowania nasza ochrona w zakresie tego zachorowania wygasa, z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ. W przypadku rozpoznania nowotworu in situ wypłacimy Ci jedno świadczenie za pierwsze rozpoznanie z każdej z 9 kategorii nowotworu in situ od D00 do D09 (zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10).

W czasie gdy zapewniamy Ci ochronę ubezpieczeniową, możesz zgłosić nam maksymalnie 9 razy rozpoznanie nowotworu in situ. Nowotwory te muszą należeć do różnych kategorii od D00 do D09 zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10.

14. Poważne zachorowanie potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Korzystanie z konsultacji lekarzy specjalistów

15. Jeśli przyznamy Ci świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, otrzymasz dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile Twoje ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Przysługuje Ci maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
17. Z konsultacji lekarzy specjalistów możesz skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu, w którym wypłaciliśmy Ci świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
18. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na www.uniq.pl. Informację o placówkach możesz też uzyskać przez infolinię medyczną, której numer podamy Ci po przyznaniu prawa do korzystania z konsultacji.
19. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile nie wskazesz późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.

Terminy, które podajemy w pkt 19, odnoszą się do konsultacji z dowolnym lekarzem danej specjalizacji, a nie do konsultacji z konkretnym lekarzem.
20. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

21. Miejsce i termin realizacji świadczenia możesz uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
22. Abyśmy mogli zrealizować dla Ciebie świadczenie, powinienes:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzymasz od pracowników placówki medycznej.
23. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę, możesz skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
24. Jeśli za naszą zgodą skorzystałeś z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci koszty konsultacji lekarzy specjalistów, które poniosłeś, do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
25. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniqa.pl i w naszej siedzibie. Do wniosku dołącz wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Świadczenie lekowe

26. Jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o świadczenie lekowe, po przyznaniu Ci prawa do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania wypłacimy Ci także jednorazowe świadczenie lekowe.
27. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

28. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania, z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ.

Przykład

Jeśli wypłaciliśmy Ci już świadczenie z tytułu zawału serca, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu udaru mózgu, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – wypłacimy Ci świadczenie z tytułu udaru mózgu. Zawał serca i udar mózgu kwalifikujemy do różnych koszyków, dlatego otrzymasz dwa świadczenia.

Jeśli jednak zgłosisz roszczenie z tytułu zawału serca i wypłacimy Ci to świadczenie, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu kardiomiopatii, to nie wypłacimy Ci drugiego świadczenia, ponieważ oba poważne zachorowania należą do tego samego koszyka, a świadczenie wypłacamy tylko za pierwsze zgłoszone poważne zachorowanie w ramach danego koszyka.

29. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu rozpoznania poważnego zachorowania.
30. Przyznamy Ci świadczenie pod warunkiem, że pozostaniesz przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
31. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje poważnych zachorowań, które:
 - 1) wystąpiły przed upływem jednego miesiąca od daty wystąpienia poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym ponieśliśmy odpowiedzialność;
 - 2) są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w poz. 28) i 29) wykazu poważnych zachorowań;
 - 3) są następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5–6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 7–8, 10–12

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 1/27/06/2023 z 27 czerwca 2023 r. i wchodzi w życie 1 lipca 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje rozpoznanie u Ciebie cukrzycy typu 1 lub cukrzycy typu 2, lub cukrzycy ciążowej. Rozpoznanie cukrzycy oznacza rozpoznanie w okresie ochrony cukrzycy typu 1 lub cukrzycy typu 2, która została zdiagnozowana u Ciebie po raz pierwszy w życiu, lub cukrzycy ciążowej, która została zdiagnozowana u Ciebie po raz pierwszy w okresie naszej ochrony.
3. Za dzień rozpoznania cukrzycy przyjmuje się dzień ostatecznej diagnozy choroby przez lekarza diabetologa lub w przypadku cukrzycy ciążowej przez diabetologa lub ginekologa, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją w pkt 13.
4. Zakres ochrony potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli zostanie u Ciebie rozpoznana cukrzyca typu 1 lub cukrzyca typu 2, lub cukrzyca ciążowa, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości potwierdzonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
6. Jeśli w okresie naszej ochrony zostanie u Ciebie rozpoznana cukrzyca zgodna z definicją wskazaną w pkt 13, wypłacimy Ci świadczenie. W zależności od rodzaju cukrzycy wypłacimy świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia w przypadku rozpoznania cukrzycy typu 1 lub cukrzycy typu 2;
 - 2) 30% sumy ubezpieczenia w przypadku rozpoznania cukrzycy ciążowej.
7. Jeśli otrzymałeś świadczenie z tytułu rozpoznania cukrzycy ciążowej, a następnie w okresie naszej ochrony cukrzyca ta rozwinie się w cukrzycę typu 1 lub cukrzycę typu 2, otrzymasz dopłatę świadczenia do wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania cukrzycy.
8. Łączne świadczenie z tytułu rozpoznania cukrzycy w okresie ochrony, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania cukrzycy.
9. Rozpoznanie cukrzycy typu 1 lub cukrzycy typu 2, lub cukrzycy ciążowej jest potwierdzane na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

10. Zakres naszej ochrony nie obejmuje zachorowania na cukrzycę typu 1 lub cukrzycę typu 2, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony z tytułu OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie cukrzycy.
11. Nie wypłacimy Ci świadczenia za rozpoznanie cukrzycy, jeśli cukrzyca została spowodowana lub jest bezpośrednim następstwem:
 - 1) niezaleconego przez lekarza zażycia narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych,
 - 2) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - 3) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - 4) zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
12. Przyznamy Ci świadczenie pod warunkiem, że pozostaniesz przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania cukrzycy.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

13. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **cukrzyca** – cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2, lub cukrzyca ciążowa;
 - 2) **cukrzyca typu 1** – choroba o etiologii autoimmunologicznej, która prowadzi do bezwzględnego niedoboru insuliny, która powoduje konieczność stałego jej przyjmowania;
 - 3) **cukrzyca typu 2** – choroba, która wymaga leczenia i charakteryzuje się opornością na insulinę lub jej względnym niedoborem; podstawą jej rozpoznania jest:
 - a) wysokie stężenie glukozy (powyżej 126 mg/dl), lub
 - b) hiperglikemia przygodna lub wynik doustnego testu tolerancji glukozy według WHO w 120 minucie powyżej 200 mg/dl, lub
 - c) hemoglobina glikowana (HbA1c) przekraczająca wartość 6,5% (≥ 48 mmol/mol);z zakresu ubezpieczenia wyłączamy nieprawidłową glikemię na czczo oraz nieprawidłową tolerancję glukozy;
 - 4) **cukrzyca ciążowa** – potwierdzone przez lekarza diabetologa lub ginekologa zaburzenia tolerancji glukozy, które po raz pierwszy zostały rozpoznane w czasie ciąży.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5 oraz pkt 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 6, pkt 7

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje Twoje leczenie specjalistyczne w okresie naszej ochrony.
3. Leczenie specjalistyczne oznacza przeprowadzenie u Ciebie po raz pierwszy każdej z tych procedur medycznych:
 - 1) chemioterapii,
 - 2) radioterapii,
 - 3) terapii interferonowej,
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora,
 - 5) wszczepienia rozrusznika serca,
 - 6) ablacji,
 - 7) dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek,

- 8) dializoterapii w ostrej niewydolności nerek,
- 9) embolizacji tętniaka tętnic mózgowych,
- 10) leczenia metodą gamma knife lub cyber knife.

4. Ubezpieczenie nie obejmuje leczenia specjalistycznego, jeśli wynika z chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli przeprowadzono u Ciebie leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD, która będzie aktualna na dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii;
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji;
 - 4) wykonania dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek;
 - 5) wykonania dializoterapii w ostrej niewydolności nerek;
 - 6) wykonania embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
 - 7) wykonania zabiegu gamma knife lub cyber knife.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

6. Jeśli zostaną przeprowadzone u Ciebie co najmniej dwie z następujących procedur medycznych:
 - 1) chemioterapia, radioterapia lub leczenie metodą gamma knife lub cyber knife – wypłacimy świadczenie tylko za jedną z wymienionych procedur medycznych;
 - 2) wszyczenie kardiowertera/defibrylatora, wszyczenie rozrusznika serca lub ablacja – wypłacimy świadczenie tylko za jedną z wymienionych procedur medycznych;
 - 3) dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek oraz dializoterapia w ostrej niewydolności nerek – wypłacimy świadczenie tylko za jedną z wymienionych procedur medycznych.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

7. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU, jeśli wypłacimy Ci świadczenie za dane leczenie specjalistyczne, nasza ochrona wygasa w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

Przykład

Jeśli w okresie naszej ochrony przeprowadzono u Ciebie chemioterapię spełniającą warunki wskazane w OWUD, wypłacimy Ci świadczenie z tego tytułu (chemioterapii). Gdy potem zgłosisz kolejne roszczenie z tytułu:

- 1) ablacji – wypłacimy Ci świadczenie, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu chemioterapii nie wyklucza możliwości wypłaty świadczenia z tytułu ablacji;
- 2) radioterapii – nie wypłacimy Ci świadczenia, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu chemioterapii wyklucza możliwość wypłaty świadczenia z tytułu radioterapii;
- 3) chemioterapii – nie wypłacimy Ci świadczenia, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu chemioterapii spowodowała wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

8. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska, które powoduje zaburzenia rytmu serca;
 - 2) **chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy cytostatyków lub immunosupresantów według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone przez lekarza specjalistę: onkologa lub hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia hormonalnego, w tym leczenia hormonalnego ze wskazań onkologicznych;
 - 3) **dializoterapia w ostrej niewydolności nerek** – zastosowanie co najmniej jednokrotnie zabiegu hemodializy lub hemofiltracji w przebiegu ostrej niewydolności nerek; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: zabiegów w przebiegu zatrucia alkoholem etylowym, metylowym lub glikolem etylenowym oraz niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 4) **dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek** – leczenie przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, trwające przez okres co najmniej trzech miesięcy;
 - 5) **embolizacja tętniaka tętnic mózgowych** – neuroradiologiczne leczenie tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznaczyniowej za pomocą spiral;
 - 6) **gamma knife lub cyber knife** – leczenie metodą gamma knife lub cyber knife w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyńniowych;
 - 7) **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, wykorzystywane w celu leczenia zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
 - 8) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
 - 9) **rozrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne wszczepiane do ciała chorego, które służy do pobudzania rytmu serca;
 - 10) **terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu w celu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18, pkt 19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u Ciebie operacji medycznej w placówce medycznej w okresie ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:

- 1) przeprowadzenie operacji medycznej, której nie wskazaliśmy w tabeli operacji medycznych;
 - 2) świadczenie lekowe;
 - 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.
5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,

- 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, której nie ma w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni przeprowadzono u Ciebie kilka operacji medycznych, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

11. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Wysokość świadczenia lekowego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt w szpitalu, jeżeli pobyt ten był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
- 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do:
 - a) usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub
 - b) usunięcia następstw choroby nowotworowej, lub
 - c) leczenia wad wrodzonych;
 - 2) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 3) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 4) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 6) która jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD, jeśli umrzesz w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
- 1) **placówka medyczna** – 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, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności: od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15, pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18–19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u Ciebie operacji medycznej w placówce medycznej w okresie ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:
 - 1) przeprowadzenie operacji medycznej, która nie została wskazana w tabeli operacji medycznych,
 - 2) świadczenie lekowe,
 - 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.
5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
 zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni przeprowadzono u Ciebie kilka operacji medycznych, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała, wypłacimy tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej, a jeśli dokumentacja jest

niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

11. Jeśli przeprowadzona zostanie u Ciebie operacja medyczna 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Potwierdzamy wysokość świadczenia lekowego w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt w szpitalu, jeżeli ten pobyt był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków;

- 2) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
- 3) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
- 4) mającą na celu zaopatrzenie ran ciętych;
- 5) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.

19. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD, jeśli umrzesz w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – 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, działające 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 (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–17 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18, pkt 19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u Ciebie operacji medycznej w placówce medycznej w okresie ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub
 - 3) wadami lub schorzeniami płodu.

4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:

- 1) przeprowadzenie operacji medycznej, której nie wskazaliśmy w tabeli operacji medycznych;
 - 2) świadczenie lekowe;
 - 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.
5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy;
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy;
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy;

- 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy;

zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.

7. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, której nie ma w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni przeprowadzono u Ciebie kilka operacji medycznych, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

11. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Wysokość świadczenia lekowego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt w szpitalu, jeżeli pobyt ten był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
- 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do:
 - a) usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub
 - b) usunięcia następstw choroby nowotworowej, lub
 - c) leczenia wad wrodzonych;
 - 2) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 3) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 4) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 6) która jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD, jeśli umrzesz w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
- 1) **placówka medyczna** – 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, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności: od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6, pkt 10
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5, pkt 7–9

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje zwrot kosztów leczenia, które poniosłeś, aby leczyć obrażenia ciała powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Zwrócimy Ci wydatki, które poniosłeś w związku:
 - 1) ze swoim leczeniem, tj.:
 - a) pobytem w szpitalu,
 - b) badaniami,
 - c) zabiegami i operacjami (w tym niezbędnymi operacjami plastycznymi, które mają na celu usunięcie oszpeceń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem),
 - d) odbudową zębów stałych utraconych lub uszkodzonych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - e) nabyciem lekarstw i środków opatrunkowych,
 - f) udzieleniem pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
 - 2) z wypożyczeniem, naprawą lub nabyciem środków pomocniczych.

4. Zwracamy tylko wydatki, które wynikają z zaleceń lekarskich, wskazanych w dokumentacji medycznej.
5. Zwracamy koszty na podstawie imiennych rachunków lub faktur do wysokości sumy ubezpieczenia, którą potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Suma świadczeń w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub suma świadczeń w danym roku polisy nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
6. Ubezpieczeniem obejmujemy wyłącznie wydatki poniesione na terenie Polski.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

7. Nie zwracamy kosztów konsultacji lekarskich, chyba że powstały w związku z udzieleniem pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej.
8. Wypłacimy świadczenie pod warunkiem, że Twoje wydatki nie zostaną pokryte przez obowiązujące na terenie Polski powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne.
9. Jeżeli Twoje wydatki zostaną w części pokryte przez obowiązujące na terenie Polski powszechne ubezpieczenie zdrowotne lub społeczne, zwrócimy tę część wydatków, której nie uwzględniają te ubezpieczenia.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Wskazujemy je powyżej oraz w pkt 71–73 oraz 77 OWU.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

10. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:
środki pomocnicze – elementy, które wspomagają proces leczenia: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, temblaki, aparaty ortopedyczne oraz wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze nie uznajemy protezy zębowej.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6, pkt 7, pkt 19
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 10, pkt 11, pkt 18

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w tych OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. W formie indywidualnej ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. W formie partnerskiej ubezpieczamy zdrowie: Twoje oraz współmałżonka albo partnera (współubezpieczonego).

Ważne informacje

Osobą ubezpieczoną jesteś Ty, a w formie partnerskiej także Twój małżonek lub partner.

3. Ubezpieczenie obejmuje sytuację, kiedy w okresie ochrony zaistnieje potrzeba medycznej weryfikacji stanu zdrowia osoby ubezpieczonej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń zdrowotnych

4. W przypadku konieczności weryfikacji stanu zdrowia osoby ubezpieczonej organizujemy i pokrywamy koszty następujących badań realizowanych przez partnera medycznego:
 - 1) badanie ogólne moczu,
 - 2) morfologia, płytki, rozmaz automatyczny,
 - 3) cholesterol całkowity,
 - 4) glukoza na czczo,
 - 5) badanie EKG – spoczynkowe,
 - 6) PSA całkowite,
 - 7) cytologia szyjki macicy.

5. W polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia potwierdzamy początek ochrony, czyli dzień od kiedy można korzystać z badań.
6. Osoba ubezpieczona może skorzystać z badań maksymalnie jeden raz w ciągu każdego kolejnych dwunastu miesięcy polisy, licząc od miesiąca polisy, w którym rozpoczęła się ochrona względem tej osoby z tytułu tej umowy dodatkowej.
7. Badania są realizowane przez placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Aktualny wykaz placówek medycznych:
 - 1) znajdziesz na naszej stronie internetowej, lub
 - 2) otrzymasz na infolinii medycznej, której numer telefonu podajemy w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. Aby skorzystać z badań, należy:
 - 1) uzgodnić termin ich wykonania:
 - a) na infolinii medycznej, której numer znajdziesz w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, lub telefonicznie bezpośrednio z wybraną placówką medyczną, lub
 - b) bezpośrednio w placówce medycznej;
 - 2) w uzgodnionym terminie przybyć do placówki medycznej i okazać w placówce medycznej:
 - a) dowód osobisty lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem – w przypadku obywateli polskich,

- b) paszport lub kartę pobytu – w przypadku osób, które nie mają obywatelstwa polskiego.
9. Osoba ubezpieczona, korzystając z badań, powinna przestrzegać zasad, które obowiązują w placówkach medycznych, oraz zaleceń lekarskich.
10. Jeśli nie skorzystasz z badań medycznych w danym okresie 12 miesięcy polisy – badania z tego okresu nie przechodzą na kolejny okres.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

11. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWUD ochrona z tytułu tych OWUD kończy się:
- 1) w przypadku śmierci współmałżonka albo partnera – w dniu jego śmierci;
 - 2) w przypadku Twojej śmierci – z dniem śmierci w stosunku do Ciebie, a w stosunku do współmałżonka albo partnera – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
 - 3) w stosunku do Twojego współmałżonka albo partnera – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ukończył 70. rok życia.

Obowiązki ubezpieczającego

– co należy do jego obowiązków w stosunku do nas

12. Najpóźniej do 20. dnia miesiąca ubezpieczający przekazuje nam dokumenty dotyczące osób przystępujących do umowy z datą początku ochrony od 1. dnia kolejnego miesiąca polisy.
13. Jeśli ubezpieczający nie dotrzyma terminu wskazanego w pkt 12, nasza ochrona rozpocznie się od pierwszego dnia następnego miesiąca polisy.
14. Ubezpieczający powiadamia nas o zmianach na liście osób ubezpieczonych najpóźniej 10 dni przed początkiem kolejnego miesiąca polisy. Jeżeli nie otrzymamy zgłoszenia, uznajemy, że lista osób z ostatniego miesiąca polisy nie zmienia się.

Zmiana formy lub rezygnacja z ubezpieczenia

– kiedy możesz ją zmienić lub zrezygnować z ubezpieczenia

15. Możesz zmienić formę ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, a jeśli się zgodzimy – także w innym terminie.

16. Określimy datę, od której zmienimy formę ubezpieczenia.
17. Możesz zrezygnować z ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie odpowiadamy za:
- 1) błędy, które wynikają z nienależycie prowadzonej przez placówki medyczne dokumentacji medycznej, o ile okoliczność ta miała związek z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
 - 2) utrudnienia, które wynikają z uczestniczenia personelu medycznego – zatrudnionego w placówkach medycznych – w strajkach i akcjach protestacyjnych polegających na braku realizacji lub opóźnieniu badań.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

19. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
- 1) **data rozpoczęcia ochrony** – data potwierdzona w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, od której osoby objęte ochroną mają prawo do korzystania z badań;
 - 2) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie realizacji badań w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia – badania profilaktyczne;
 - 3) **placówka medyczna** – 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, działająca na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa, która należy do sieci partnera medycznego; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważamy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków, leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego ani ośrodka spa;
 - 4) **osoby ubezpieczone** – Ty, współmałżonek albo partner;
 - 5) **Ty** – ubezpieczony, osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania w Polsce, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6–7, pkt 11–15, pkt 19–22, pkt 26–27, pkt 31 Katalog świadczeń wspierających, który stanowi załącznik do OWUD Katalog świadczeń zdrowotnych, który stanowi załącznik do OWUD
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5, pkt 9–10, pkt 16–18, pkt 28–30

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 7/24/09/2024 z 24 września 2024 r. i wchodzi one w życie 1 października 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz w OWUD w pkt 31. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

- Z tytułu tej umowy dodatkowej obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową przez całą dobę, a świadczenia realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
- Zakres naszej ochrony nie obejmuje świadczeń zdrowotnych, jeśli zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania było rozpoznane lub leczone, lub prowadzono w jego kierunku postępowanie diagnostyczne w okresie 24 miesięcy przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

- Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje dostęp i pokrycie kosztów świadczeń, dotyczących Twojego zdrowia psychicznego:
 - wspierających Twoje zdrowie psychiczne, wymienionych w Katalogu świadczeń wspierających, jeśli zostały one zrealizowane w okresie naszej ochrony w ramach ubezpieczenia przewidzianego tymi OWUD (świadczenia wspierające) lub
 - zdrowotnych, wymienionych w Katalogu świadczeń zdrowotnych, w przypadku rozpoznania u Ciebie w okresie naszej ochrony w ramach ubezpieczenia przewidzianego tymi OWUD zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania określonych w rozdziale V klasyfikacji ICD (świadczenia zdrowotne).
- Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia wspierające

– kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń wspierających Twoje zdrowie psychiczne

- Jeżeli zajdzie potrzeba medyczna spowodowana Twoim stanem zdrowia psychicznego, udostępnimy Ci świadczenia wspierające i pokryjemy ich koszty na zasadach określonych poniżej.
- Zakresem ubezpieczenia obejmujemy wyłącznie świadczenia wspierające wymienione w Katalogu świadczeń wspierających, który stanowi załącznik do OWUD.
- Świadczenia wspierające realizujemy w okresie naszej ochrony z tytułu tych OWUD w placówkach medycznych naszego partnera medycznego lub współpracujących z nim.
- Świadczenia wspierające do wysokości limitów ilościowych określonych w Katalogu świadczeń wspierających realizujemy bez dopłaty.
- Telekonsultacje z psychologiem, psychoterapeutą, seksuologiem ponad limity ilościowe wskazane w Katalogu świadczeń wspierających

oraz telekonsultacje lekarskie z lekarzami partnera medycznego realizujemy z dopłatą. Dopłata jest to część kosztu świadczenia wspierającego, którą pokrywasz Ty i której nie obejmuje zakres ubezpieczenia. Wysokość dopłaty wskazujemy w Katalogu świadczeń wspierających.

11. W ramach tego ubezpieczenia masz dostęp do Platformy Zdrowie Psychiczne, która znajduje się na platformie internetowej naszego partnera medycznego.

Świadczenia zdrowotne

– kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń zdrowotnych w przypadku rozpoznania zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania

12. W przypadku rozpoznania u Ciebie zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania, zgodnie z rozdziałem V klasyfikacji ICD, udostępnimy Ci świadczenia zdrowotne i pokryjemy ich koszty.
13. Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania zgodnie z rozdziałem V katalogu ICD musi być rozpoznane przez lekarza psychiatrę w okresie naszej ochrony w ramach ubezpieczenia przewidzianego tymi OWUD i musi to potwierdzać zaświadczenie lekarskie lub w inna dokumentacja medyczna.
14. Świadczenia realizuje nasz partner medyczny w placówkach medycznych – własnych lub współpracujących z nim.
15. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy wyłącznie świadczenia zdrowotne wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych, który stanowi załącznik do OWUD.
16. Ze świadczeń zdrowotnych możesz skorzystać w ciągu 12 miesięcy kalendarzowych od daty rozpoznania zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania, z zastrzeżeniem limitów ilościowych wskazanych w punktach 17–18.

Przykład 1

1 lutego zawieramy grupową umowę ubezpieczenia z Twoim pracodawcą, czyli rok polisy trwa do 31 stycznia następnego roku. Przystępujesz do grupowej umowy ubezpieczenia i od 1 kwietnia obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową.

2 maja rozpoznano u Ciebie depresję i zgłaszasz się do naszego partnera medycznego. Masz do wykorzystania 12 konsultacji z psychiatrą, 22 konsultacje z psychologiem lub psychoterapeutą i inne świadczenia zgodnie z Katalogiem świadczeń zdrowotnych. Z tych konsultacji możesz skorzystać do 1 maja następnego roku.

17. Świadczenia zdrowotne realizujemy do wysokości limitów ilościowych określonych w Katalogu świadczeń zdrowotnych, które dotyczą:
 - 1) maksymalnej liczby świadczeń na dane rozpoznane zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania oraz
 - 2) maksymalnej liczby świadczeń zdrowotnych w danym roku polisy, niezależnie czy masz rozpoznane jedno lub więcej zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania.
18. Jeżeli nie wykorzystasz świadczeń zdrowotnych dla danego rozpoznania zaburzenia w ramach limitu na dany rok polisy, to z niewykorzystanych świadczeń zdrowotnych możesz skorzystać w ramach limitów na kolejny rok polisy. Nie oznacza to jednak, że świadczenia zdrowotne niewykorzystane w poprzednim roku polisy powiększą limit świadczeń zdrowotnych na kolejny rok polisy.

Przykład 2

1 lutego zawieramy grupową umowę ubezpieczenia z Twoim pracodawcą, czyli rok polisy trwa do 31 stycznia następnego roku. Przystępujesz do grupowej umowy ubezpieczenia i od 1 kwietnia obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową.

15 maja rozpoznano u Ciebie depresję i zgłaszasz się do naszego partnera medycznego. Do 14 maja następnego roku masz do wykorzystania 12 konsultacji z psychiatrą, 22 konsultacje z psychologiem lub psychoterapeutą i inne świadczenia zgodnie z Katalogiem świadczeń zdrowotnych. Do 31 października odbyłeś 10 konsultacji z psychiatrą i 15 konsultacji z psychologiem.

1 grudnia otrzymujesz kolejne rozpoznanie, tym razem nerwicy lękowej. Zgłaszasz się do naszego partnera medycznego. Dla tego zaburzenia masz również do wykorzystania 12 konsultacji z psychiatrą, 22 konsultacje z psychologiem lub psychoterapeutą i inne świadczenia zgodnie z Katalogiem świadczeń

zdrowotnych. Możesz je wykorzystać w ciągu 12 miesięcy kalendarzowych od daty rozpoznania nerwicy lękowej, czyli do 31 listopada następnego roku.

Ale w związku z tym, że maksymalnie w roku polisy łącznie dla wszystkich rozpoznanych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania możesz skorzystać z 12 konsultacji z psychiatrą, 22 konsultacji z psychologiem lub psychoterapeutą, to w tym roku polisy (do 31 stycznia następnego roku) możesz odbyć tylko 2 konsultacje z psychiatrą i 7 konsultacji z psychologiem lub psychoterapeutą.

W nowym roku polisy od 1 lutego następnego roku nadal możesz skorzystać z konsultacji, bo masz limit na kolejny rok polisy: 12 konsultacji z psychiatrą, 22 konsultacje z psychologiem lub psychoterapeutą i inne świadczenia zgodnie z Katalogiem świadczeń zdrowotnych. Możesz skorzystać ze świadczeń maksymalnie do 30 listopada – czyli w ciągu 12 miesięcy od drugiej diagnozy.

Świadczenia wspierające i zdrowotne

– w jaki sposób realizujemy te świadczenia

19. W momencie startu Twojej ochrony uzyskujesz dostęp do platformy internetowej naszego partnera medycznego, której adres podajemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
20. Aby skorzystać z platformy internetowej naszego partnera medycznego konieczne jest założenie konta. Aby to zrobić, należy wejść na adres podany w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia, a następnie należy:
 - 1) podać wymagane dane, w szczególności kod vouchera, czyli numer PESEL; w przypadku obcokrajowców należy wpisać numer dokumentu tożsamości podany w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz
 - 2) zaakceptować regulamin naszego partnera medycznego, które są dostępne na platformie internetowej.
21. Aby skorzystać ze świadczeń wspierających lub zdrowotnych w formie wizyty stacjonarnej lub badań, należy:
 - 1) uzgodnić termin świadczenia za pośrednictwem infolinii medycznej lub zgłosić zapotrzebowanie na świadczenie na platformie internetowej naszego partnera medycznego;
 - 2) przybyć do placówki medycznej w uzgodnionym terminie i okazać dokument tożsamości.
22. Aby skorzystać ze świadczeń wspierających lub zdrowotnych w formie telekonsultacji, należy:
 - 1) zalogować się do platformy internetowej naszego partnera medycznego;
 - 2) wybrać specjalizację lekarza lub rodzaj specjalisty, formę konsultacji oraz preferowany jej termin;
 - 3) czekać na kontakt lekarza lub specjalisty w uzgodnionym terminie.
23. Przed umówionym terminem świadczenia nasz partner medyczny wyśle SMS z przypomnieniem o wizycie, telekonsultacji lub badaniu.
24. W przypadku rezygnacji z umówionego świadczenia należy je odwołać za pośrednictwem infolinii medycznej lub na platformie internetowej naszego partnera medycznego, zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie realizacji świadczeń naszego partnera medycznego.
25. Świadczenia realizujemy na zasadach określonych w regulaminie partnera medycznego dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych.

Świadczenia wspierające i zdrowotne

– czy możesz skorzystać z tych świadczeń poza siecią placówek medycznych naszego partnera medycznego i placówek współpracujących z nim

26. Jeśli realizacja świadczenia wspierającego lub zdrowotnego w placówkach własnych lub współpracujących z naszym partnerem medycznym jest niemożliwa zgodnie z Terminami realizacji świadczeń wspierających i zdrowotnych wskazanymi w załączniku do OWUD, możesz skorzystać z tego świadczenia w dowolnej placówce medycznej.
27. Aby skorzystać ze świadczenia w dowolnej placówce medycznej, należy wcześniej skontaktować się z infolinią medyczną partnera medycznego w celu uzgodnienia, czy i w jaki sposób możesz zrealizować świadczenie. Na podstawie tego zgłoszenia oraz dostarczonej przez Ciebie faktury nasz partner medyczny zwraca 100% kosztów,

które poniesiesz za realizację takiego świadczenia, o ile świadczenie to znajduje się w zakresie naszego ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

28. Realizacja świadczeń wspierających lub zdrowotnych może się opóźnić lub może być ograniczona na skutek: strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, epidemii lub działania siły wyższej.
29. Nie udzielimy świadczeń zdrowotnych, jeśli zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania jest następstwem:
 - 1) wystąpienia katastrof naturalnych, w związku z którymi na danym obszarze został ogłoszony stan klęski żywiołowej;
 - 2) leczenia eksperymentalnego, któremu poddał się ubezpieczony i które nie zostało potwierdzone badaniami.
30. Nie zrealizujemy świadczenia wspierającego ani zdrowotnego, ani nie zwrócimy ich kosztów, jeśli świadczenie będzie wykonane na Twoje zlecenie bez uzgodnienia z partnerem medycznym.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

31. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **badania laboratoryjne** – świadczenia zdrowotne, realizowane stacjonarnie przez partnera medycznego we wskazanych przez niego punktach diagnostycznych, które polegają na badaniu materiału pobranego od pacjenta, takiego jak: krew, mocz, wymazy czy wydzielin;

- 2) **dni robocze** – dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 3) **klasyfikacja ICD** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
- 4) **partner medyczny** – podmiot, który współpracuje z nami i za pośrednictwem którego realizujemy świadczenia zgodnie z OWUD;
- 5) **placówka medyczna** – 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, które działają na terenie Polski na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
- 6) **platforma internetowa** – serwis internetowy naszego partnera medycznego, którego adres podajemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia i który jest częścią systemu teleinformatycznego partnera medycznego; umożliwia osobom, które obejmujemy ochroną, między innymi kontakt z lekarzami podczas telekonsultacji, zgłaszanie zapotrzebowania na umówienie świadczenia zdrowotnego i świadczeń wspierających oraz dostęp do Platformy Zdrowa Psychicznego;
- 7) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec ani przeciwdziałać, które uniemożliwia, opóźnia lub ogranicza wykonanie umowy ubezpieczenia w całości lub w części, na stałe lub na pewien czas.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowia psychicznego ubezpieczonego

Rodzaj świadczenia wspierającego zdrowie psychiczne ubezpieczonego	Ile razy możesz z niego skorzystać
Dostęp do Platformy Zdrowia Psychicznego, która obejmuje m.in.: <ul style="list-style-type: none"> • dziennik pomiarów do monitoringu stanu zdrowia • materiały edukacyjne z zakresu profilaktyki zdrowia • webinary specjalistyczne 	bez limitu
Telekonsultacje z psychologiem	3 konsultacje w roku polisy bez dopłaty; za kolejne konsultacje w roku polisy – w placówkach medycznych partnera medycznego 20% kosztów pokrywamy my, a Ty dopłacasz 80%
Telekonsultacja z psychoterapeutą	1 konsultacja w roku polisy bez dopłaty; za kolejne konsultacje w roku polisy – w placówkach medycznych partnera medycznego 20% kosztów pokrywamy my, a Ty dopłacasz 80%
Telekonsultacja z seksuologiem	1 konsultacja w roku polisy bez dopłaty; za kolejne konsultacje w roku polisy – w placówkach medycznych partnera medycznego 20% kosztów pokrywamy my, a Ty dopłacasz 80%
Telekonsultacje ze specjalistą terapii uzależnień i współzależnych	3 konsultacje w roku polisy bez dopłaty
Telekonsultacje z psychiatrą	3 konsultacje w roku polisy bez dopłaty
Telekonsultacje lekarskie z lekarzami partnera medycznego	konsultacje w placówkach medycznych partnera medycznego w 20% pokrywamy my, a Ty dopłacasz 80%
Wizyta stacjonarna u psychologa	1 wizyta w roku polisy bez dopłaty
Wizyta stacjonarna u psychiatry	1 wizyta w roku polisy bez dopłaty

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowia psychicznego ubezpieczonego

Rodzaje świadczeń zdrowotnych w przypadku rozpoznania zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania zgodnie z rozdziałem V klasyfikacji ICD	Ile razy możesz z niego skorzystać (limity świadczeń zdrowotnych na jedno i wszystkie rozpoznania zaburzeń w roku polisy)
Konsultacje z psychiatrą	12 konsultacji w formie wizyty stacjonarnej lub telekonsultacji
Konsultacje z psychologiem lub psychoterapeutą	22 konsultacje w formie wizyty stacjonarnej lub telekonsultacji
Konsultacje z dietetykiem	3 telekonsultacje (w tym spersonalizowana dieta na 7 dni)
Konsultacje z lekarzem z zakresu specjalizacji wskazanej przez psychiatrę	3 konsultacje w formie wizyty stacjonarnej lub telekonsultacji
Badania laboratoryjne Pojedynczy pakiet (zlecenie) może obejmować wiele badań. Badania musi zlecić lekarz specjalista realizujący świadczenie zdrowotne w ramach umowy dodatkowej	3 zlecenia
Konsultacja z psychiatrą lub psychologiem dla osoby bliskiej ubezpieczonego (partnera życiowego, rodzica, dziecka lub osoby wskazanej przez ubezpieczonego) Obejmuje wsparcie informacyjne o chorobie oraz sposobach radzenia sobie z jej objawami	1 telekonsultacja
Concierge medyczny Dostępny na infolinii partnera medycznego. Obejmuje wsparcie w zakresie znalezienia oferty, terminów i warunków pobytu w ośrodkach stacjonarnych, które specjalizują się w leczeniu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania	bez limitu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowia psychicznego ubezpieczonego

Podane w tabeli terminy realizacji świadczeń wspierających i zdrowotnych liczymy od dnia zgłoszenia partnerowi medycznemu zapotrzebowania na świadczenie. Terminy odnoszą się do konsultacji z dowolnym lekarzem danej specjalizacji lub specjalistą, a nie do konsultacji z konkretną osobą. W przypadku kolejnych konsultacji u tego samego lekarza lub specjalisty będą one realizowane w miarę dostępności wizyt u tego lekarza lub specjalisty.

W przypadku świadczeń wspierających podane w tabeli terminy realizacji dotyczą tylko świadczeń wspierających realizowanych bez dopłaty.

Rodzaj świadczenia wspierającego i zdrowotnego	Termin realizacji świadczenia
Telekonsultacje z psychologiem	do 3 dni roboczych
Telekonsultacje z psychoterapeutą	
Telekonsultacje z seksuologiem	
Telekonsultacje ze specjalistą terapii uzależnień i współuzależnionych	
Telekonsultacje z psychiatrą	
Telekonsultacje z dietetykiem	
Wizyta stacjonarna u psychologa i psychoterapeuty	do 5 dni roboczych
Wizyta stacjonarna u psychiatry	
Konsultacje z lekarzem z zakresu specjalizacji wskazanej przez psychiatrę (w formie wizyty stacjonarnej lub telekonsultacji)	
Badania laboratoryjne (pobranie materiału)	1 dzień roboczy

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 2, pkt 4, pkt 5–8, pkt 10, pkt 17–20, pkt 21–26, pkt 28 wykaz produktów leczniczych, który stanowi załącznik do OWUD
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 7–9, pkt 16, pkt 19–20, pkt 27

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/16/09/2025 z 16 września 2025 r. i wchodzi one w życie 1 października 2025 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz w OWUD w pkt 28. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje rozpoznanie u Ciebie zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, w związku z którymi lekarz wystawił w okresie naszej ochrony receptę na Twoje imię i nazwisko i na lek określony w wykazie produktów leczniczych.
3. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
4. W ramach ubezpieczenia realizujemy świadczenie lekowe, tj. pokrywamy koszty zakupu leków na podstawie recepty wystawionej zgodnie z pkt 2 w aptekach na terenie Polski.

Świadczenie lekowe

– kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczenia lekowego

5. W ramach świadczenia lekowego pokrywamy koszty zakupu leków, które stosuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania.
6. Pokrywamy koszty zakupu wyłącznie tych leków, które zawierają substancje czynne wymienione w wykazie produktów leczniczych. Wykaz jest załącznikiem do tych OWUD.

7. Jeśli otrzymasz receptę na lek i zakupisz lek w okresie naszej ochrony, pokryjemy 80% zapłaconej przez Ciebie kwoty, nie więcej jednak niż suma ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia. Pozostałą część kosztu zakupu leku pokrywasz z własnych środków.
8. Maksymalna wartość świadczeń lekowych w danym roku polisy nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.
9. Wykaz produktów leczniczych może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, wyłącznie jeśli w Rejestrze Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) usunięto leki lub leki dostępne na receptę przekwalifikowano na dostępne wyłącznie bez recepty;
 - 2) dodano nowe leki.

Świadczenie lekowe

– w jaki sposób skorzystasz ze świadczenia lekowego

10. Możesz skorzystać ze świadczenia lekowego w formie:
 - 1) bezgotówkowej – za pomocą identyfikatora lekowego, lub
 - 2) gotówkowej – płacisz za zakup leków z własnych środków, a następnie wnioskujesz o zwrot kosztów.
11. Po objęciu Cię ochroną prześlemy Ci wiadomość mejlową lub SMS z Twoim numerem identyfikatora lekowego. Mejl wyślemy na adres, który podasz w deklaracji przystąpienia. Jeśli nie mamy Twojego adresu e-mail, wiadomość wyślemy SMS-em na numer telefonu podany w deklaracji przystąpienia.
12. W wiadomości, o której mówimy w pkt 11, podamy Ci adres aplikacji, do której zalogujesz się za pomocą numeru identyfikatora lekowego oraz dodatkowego elementu weryfikacyjnego. Adres aplikacji podamy Ci również w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

13. Po zalogowaniu się do aplikacji znajdziesz w niej:
- 1) Twój identyfikator lekowy, dzięki któremu bezgotówkowo zrealizujesz świadczenia lekowe w aptece;
 - 2) aktualny wykaz aptek z oznaczeniem modelu realizacji świadczenia lekowego (tylko gotówkowo lub gotówkowo i bezgotówkowo);
 - 3) wykaz produktów leczniczych;
 - 4) wysokość pozostałej sumy ubezpieczenia, z której możesz skorzystać w roku polisy.
- Informacje o aktualnym wykazie aptek, wykazie produktów leczniczych oraz wysokości pozostałej sumy ubezpieczenia możesz uzyskać również na infolinii naszego partnera.
14. Identyfikator lekowy jest aktywny od dnia, w którym wysłaliśmy Ci wiadomość z numerem identyfikatora lekowego, nie wcześniej jednak niż od dnia rozpoczęcia ochrony, i jest aktywny do końca naszej ochrony z tytułu tych OWUD.
15. Jeśli identyfikator lekowy jest nieaktywny, możesz zgłosić ten fakt pod numerem infolinii partnera, który podajemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
16. Identyfikator lekowy nie podlega wymianie na gotówkę i nie jest kartą płatniczą.

Świadczenie lekowe

– jak skorzystasz ze świadczenia lekowego w formie bezgotówkowej

17. Możesz kupić lek z użyciem identyfikatora lekowego wyłącznie w aptece, która zapewnia bezgotówkową realizację świadczenia lekowego.
18. Aby bezgotówkowo skorzystać ze świadczenia lekowego:
 - 1) okaż w aptece swój identyfikator lekowy;
 - 2) pokaż receptę wystawioną na Twoje imię i nazwisko lub
 - 3) podaj swój numer PESEL (a w przypadku obcokrajowców – dokument tożsamości) oraz kod do e-recepty.
19. Nie możesz bezgotówkowo zrealizować świadczenia lekowego za pomocą identyfikatora lekowego, jeśli:
 - 1) Twój identyfikator lekowy stracił ważność, ponieważ wygasła ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tych OWUD;
 - 2) chcesz kupić lek, który nie zawiera substancji czynnej wskazanej w wykazie produktów leczniczych stosowanych w leczeniu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - 3) suma ubezpieczenia została wyczerpana;
 - 4) apteki, w której kupujesz lek, nie ma w wykazie aptek, które realizują świadczenie lekowe w formie bezgotówkowej.
20. Lek na receptę, który kupujesz przy użyciu identyfikatora lekowego, nie podlega zwrotowi, z wyjątkiem sytuacji gdy zwracasz lek ze względu na wadę jakościową, niewłaściwe wydanie lub jego sfalszowanie, lub w innych przypadkach przewidzianych ustawą Prawo farmaceutyczne.

Świadczenie lekowe

– jak skorzystasz ze świadczenia lekowego w formie gotówkowej

21. Możesz kupić lek w każdej aptece bez użycia identyfikatora lekowego i zapłacić za niego z własnych środków.
22. Aby otrzymać zwrot kosztów leków kupionych z własnych środków, wypełnij wniosek dostępny:
 - 1) w aplikacji lub
 - 2) na naszej stronie internetowej i wyślij go pocztą na adres: epruf rozliczenia sp. z o.o., ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź, z dopiskiem „UNIQA – świadczenie lekowe”.
23. Do wniosku, o którym mówimy w pkt 22, dołącz kserokopię, zdjęcie lub skan:
 - 1) recepty lub dokumentu realizacji recepty, lub wydruku informacyjnego, które możesz pobrać z Internetowego Konta Pacjenta (IKP) lub otrzymasz je od lekarza wystawiającego receptę;
 - 2) dowodu zakupu leku (paragon lub faktura).
24. Nasz partner zwraca środki w terminie do 30 dni od daty otrzymania prawidłowo wypełnionego wniosku o zwrot kosztów zakupu leku i prawidłowej dokumentacji, o której mówimy w pkt 23. Jeśli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości wypłaty będzie niemożliwe, świadczenie wypłacimy w terminie 14 dni. Liczymy je od dnia, w którym, przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia spełnimy w terminie 30 dni. W przypadku błędów we wniosku lub

braku wymaganej dokumentacji nasz partner skontaktuje się z Tobą, aby poinformować, czego jeszcze potrzebuje.

25. Informację o realizacji zwrotu kosztu zakupu leków znajdziesz w aplikacji, a także otrzymasz ją mejlem lub w wiadomości SMS na adres lub numer, który podasz we wniosku o zwrot kosztów zakupu leku.
26. Zwrot obejmuje wyłącznie koszt zakupu leku.

Ograniczenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

27. Realizacja świadczenia lekowego może się opóźnić lub może być ograniczona na skutek strajków, zamieszek, niepokoїв społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, epidemii lub działania siły wyższej.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

28. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **aplikacja** – serwis internetowy dostępny dla ubezpieczonego po zalogowaniu się z użyciem numeru identyfikatora lekowego oraz dodatkowych elementów weryfikujących; adres aplikacji podajemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia, a także w wiadomości e-mail lub SMS, w której wysłaliśmy numer identyfikatora lekowego;
 - 2) **apteka** – każda ogólnodostępna apteka lub punkt apteczny w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, które działają na terenie Polski; aktualny wykaz aptek z oznaczeniem, w których możliwa jest realizacja świadczenia lekowego w formie bezgotówkowej lub gotówkowej, dostępny jest w aplikacji;
 - 3) **identyfikator lekowy** – numer identyfikatora lekowego ubezpieczonego (ciąg cyfr) wraz z kodem kreskowym z zakodowanym jego numerem PESEL; ubezpieczony otrzymuje numer identyfikatora lekowego mejlem lub w wiadomości SMS przed zalogowaniem do aplikacji, zaś kod kreskowy z zakodowanym numerem PESEL, który umożliwi pokrycie lub zwrot kosztu zakupu leku w aptece, udostępniany jest ubezpieczonemu w aplikacji po przednim zalogowaniu;
 - 4) **lek** – gotowy produkt leczniczy, który stosuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania i który zawiera substancje czynne wymienione w wykazie produktów leczniczych (stanowiącym załącznik do tych OWUD); w rozumieniu przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne lek powinien mieć ważne pozwolenie wydane przez prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską i powinien być wpisany do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; za lek uważamy również zamiennik leku wskazanego na receptę;
 - 5) **partner** – podmiot, który współpracuje z nami i za pośrednictwem którego realizujemy świadczenie lekowe zgodnie z OWUD;
 - 6) **recepta** – dokument wystawiony przez uprawnionego lekarza, który spełnia wymogi powszechnie obowiązujących przepisów w sprawie recept lekarskich i umożliwia zakup leku, który stosuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - 7) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec ani przeciwdziałać, i które uniemożliwia, opóźnia lub ogranicza realizację świadczenia lekowego w całości lub w części na stałe lub na pewien czas;
 - 8) **wykaz produktów leczniczych** – wykaz substancji czynnych leków, które stosuje się w leczeniu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, stanowi załącznik do tych OWUD; aktualny wykaz produktów leczniczych, który zawiera również nazwy handlowe leków, udostępniany jest również w aplikacji i na infolinii naszego partnera;
 - 9) **zamiennik leku** – produkt leczniczy:
 - a) który jest odpowiednikiem referencyjnego produktu leczniczego,
 - b) który ma taki sam skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych,
 - c) który ma taką samą postać farmaceutyczną jak referencyjny produkt leczniczy,
 - d) którego biorównoważność wobec referencyjnego produktu leczniczego potwierdzają odpowiednie badania biodostępności,
 - e) który zawiera substancje czynne wymienione w wykazie produktów leczniczych.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia pokrycia kosztów zakupu leków

Produkty lecznicze sklasyfikowane w ramach kategorii anatomiczno-terapeutyczno-chemicznych (ATC), które zawierają substancje czynne:

Kod ATC	Opis kategorii	Nazwa międzynarodowa substancji czynnej
N03	Leki przeciwdrgawkowe	1) Acidum valproicum 2) Aminobutyric acid 3) Cannabidiol 4) Carbamazepinum 5) Clonazepamum 6) Eslicarbazepini acetat 7) Eslicarbazepinum acetate 8) Ethosuximide 9) Ethosuximidum 10) Ethotoinum 11) Felbamatum 12) Fenfluraminum 13) Gabapentinum 14) Lacosamide 15) Lacosamidum 16) Lamotriginum 17) Levetiracetamum 18) Magnesium valproas 19) Methylphenobarbitalum 20) Natrii valproas 21) Oxcarbazepinum 22) Perampanelum 23) Phenobarbital sodium 24) Phenobarbitalum 25) Phenobarbitalum natricum 26) Phenobarbitalum sodium 27) Phenytoinum 28) Phenytoinum natricum 29) Pregabalinum 30) Primidonum 31) Retigabinum 32) Rufinamide 33) Stiripentol 34) Stiripentolum 35) Sultiamum 36) Tiagabinum 37) Topiramatum 38) Valpromidum 39) Vigabatrinum
N04	Leki stosowane w chorobie Parkinsona	1) Biperideni hydrochloridum 2) Pramipexolum
N05	Leki psycholeptyczne	1) Alprazolamum 2) Amisulpridum 3) Aripiprazolum

Kod ATC	Opis kategorii	Nazwa międzynarodowa substancji czynnej
N05	Leki psycholeptyczne	4) Arypiprazol 5) Asenapinum 6) Benzobarbital 7) Brexpiprazole 8) Bromazepam 9) Bromazepamum 10) Buspironi hydrochloridum 11) Cariprazinum 12) Chlordiazepoxidum 13) Chlorpromazini hydrochloridum 14) Chlorpromazinum 15) Chlorprothixeni hydrochloridum 16) Chlorprothixenum 17) Clobasamum 18) Clobazam 19) Clomethiazolum 20) Clozapinum 21) Cyamemazini tartras 22) Cyanocobalaminum 23) Cyclobarbitalum calcium 24) Dexmedetomidine 25) Dexmedetomidini hydrochloridum 26) Dexmedetomidinum 27) Diazepamum 28) Dikalii clorazepas 29) Diphenhydramini hydrochloridum 30) Estazolamum 31) Eszopiclonum 32) Flunitrazepam 33) Flupentixoli decanoas 34) Flupentixolum 35) Fluphenazine decanoate 36) Fluphenazini dihydrochloridum 37) Haloperidoli decanoas 38) Haloperidolum 39) Hydroxyzini hydrochloridum 40) Hydroxyzinum hydrochloridum 41) Levomepromazinum 42) Lithii carbonas 43) Lithium carbonicum 44) Lorazepamum 45) Lormetazepamum 46) Loxapine 47) Loxapinum 48) Lurasidonum 49) Medazepamum 50) Melatonina

Kod ATC	Opis kategorii	Nazwa międzynarodowa substancji czynnej
N05	Leki psycholeptyczne	51) Melatoninum 52) Melperonum 53) Meprobamatum 54) Midazolamum 55) Natrii bromidum 56) Nitrazepamum 57) Olanzapinum 58) Oxazepamum 59) Paliperidonum 60) Penfluridolum 61) Perazinum 62) Periciazinum 63) Perphenazine 64) Perphenazini enanthas 65) Pimozidum 66) Prochlorperazini dimaleas 67) Prochlorperazinum 68) Promazini hydrochloridum 69) Prothipendyl 70) Proxibarbal 71) Quetiapini fumaras 72) Quetiapinum 73) Remimazolam 74) Risperidonum 75) Sertindolum 76) Sulpiridum 77) Tasimelteonum 78) Temazepamum 79) Thioridazinum 80) Tiapridum 81) Tiotixenum 82) Tofisopamum 83) Trifluoperazine 84) Trifluoperazine hydrochloride 85) Trifluoperazinum 86) Trimetozine 87) Zaleplonum 88) Ziprasidonum 89) Zolpidemi tartras 90) Zopiclonum 91) Zuclopthixoli decanoas 92) Zuclopthixolum
		1) Agomelatine 2) Amitriptylini hydrochloridum 3) Amphetaminum, Dexamphetaminum 4) Atomoxetinum 5) Bupropioni hydrochloridum 6) Citalopramum 7) Citicolinum 8) Clomipramini hydrochloridum 9) Coffeini citras 10) Coffeinum 11) Deanolum 12) Desipraminum 13) Dexamphetaminum 14) Dibenzepinum 15) Donepezili hydrochloridum

Kod ATC	Opis kategorii	Nazwa międzynarodowa substancji czynnej
N06	Psychoanaleptyki	16) Doxepinum 17) Duloxetine hydrochloridum 18) Duloxetine 19) Escitalopramum 20) Esketaminum 21) Fluoxetine hydrochloridum 22) Fluoxetine 23) Fluvoxamini maleas 24) Galantaminum 25) Hydroxytryptophanum 26) Idebenonum 27) Imipramine hydrochloride 28) Imipramini hydrochloridum 29) Imipraminum 30) Kalii N-acetylhydroaspartas 31) Lisdexamfetamini dimesylas 32) Lofepraminum 33) Maprotilini hydrochloridum 34) Meclofenoxatii hydrochloridum 35) Melitracenum 36) Melitracenum, Flupentixolum 37) Memantini hydrochloridum 38) Memantinum 39) Metamfetamine 40) Methylphenidati hydrochloridum 41) Mianserini hydrochloridum 42) Milnaciprani hydrochloridum 43) Mirtazapine 44) Mirtazapinum 45) Moclobemidum 46) Modafinilum 47) Nortriptylini hydrochloridum 48) Opipramoli dihydrochloridum 49) Oxitriptan 50) Paroxetine 51) Phenelzinum 52) Phosphatidilserine 53) Piracetamum 54) Pyridostigmini bromidum 55) Pyritinol dihydrochloride 56) Reboxetinum 57) Rivastigminum 58) Sertralinum 59) Tianeptinum 60) Tianeptinum natricum 61) Tranlycyprominum 62) Trazodoni hydrochloridum 63) Trimipraminum 64) Venlafaxine 65) Venlafaxinum 66) Vinpocetinum 67) Vortioxetini hydrobromidum
		1) Acamprosatum 2) Ambenonii chloridum 3) Ambenonium 4) Amifampridine 5) Betahistine

Kod ATC	Opis kategorii	Nazwa międzynarodowa substancji czynnej
N07	Inne leki działające na układ nerwowy	6) Betahistini dihydrochloridum 7) Buprenorphinum, Naloxonum 8) Cholini alfosceras 9) Cinnarizinum 10) Cinnarizinum, Dimenhydrinatum 11) Cytisinum 12) Dextromethorphan hydrobromidum, Quinidine sulphate 13) Distigmini bromidum 14) Disulfiram 15) Disulfiramum 16) Edaravone 17) Edrophonium chloride 18) Fampridinum 19) Flunarizine 20) Galantamini hydrobromidum 21) Inotersen 22) Ipidacrine hydrochloride monohydrate 23) Ipidacrine hydrochloridum monohydricum 24) Levomethadoni hydrochloridum 25) Methadoni hydrochloridum 26) Nalmefenum 27) Naltrexoni hydrochloridum 28) Neostigmine 29) Neostigmine methilsulphate 30) Neostigmine metilsulfate 31) Neostigmini metilsulfas 32) Neostigminum 33) Pilocarpini hydrochloridum 34) Pitolisant 35) Pyridostigminum 36) Riluzolum 37) Sodium oxybate 38) Tafamidisum 39) Tetrabenazinum 40) Varenicline tartrate

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie Twojego współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego współmałżonka lub partnera w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera.
4. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią współmałżonka lub partnera.
5. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią współmałżonka lub partnera.
5. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, które zdarzyły się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli śmierć współmałżonka lub partnera nastąpi w ciągu 3 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
5. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek lub uszkodzenie ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Jeśli współmałżonek lub partner dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Ci 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

4. Jeśli w danym roku polisy współmałżonek lub partner dozna kilku uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zsumujemy wartości procentowe poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała na podstawie tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
5. Suma świadczeń w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub suma świadczeń w danym roku polisy nie mogą przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
6. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Mamy prawo skierować współmałżonka lub partnera na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<p>pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6</p> <p>pkt 1–14 Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</p>
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<p>pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia</p> <p>pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5, pkt 9</p>

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, jeśli wystąpiły w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia.

4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli uszczerbek na zdrowiu współmałżonka lub partnera wystąpił nie później niż 6 miesięcy po dacie zawału serca lub udaru mózgu.
5. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.
6. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednak nie wcześniej niż po upływie 2 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
8. Mamy prawo skierować współmałżonka lub partnera na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawa do świadczenia lub jego wysokość.
9. Jeśli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, wypłacimy świadczenie pomniejszone o procent uszczerbku, jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71, 72, 74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6–7, pkt 14, pkt 16, pkt 19–20, pkt 22–23, pkt 30, pkt 32, pkt 35
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 9, pkt 11, pkt 17–18, pkt 21, pkt 33–34

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu:
 - 1) w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym i wypadkiem przy pracy;
 - 2) w celu leczenia choroby, w tym także pobyt związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, z wyłączeniem pobytu w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym;
 - 3) związany z zawałem serca lub udarem mózgu.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, który rozpoczął się w okresie naszej ochrony.

4. Ubezpieczenie możemy rozszerzyć o:

- 1) pobyt współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, rekonwalescencję współmałżonka lub partnera i pobyt współmałżonka lub partnera w sanatorium;
- 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych związanych z pobytem współmałżonka lub partnera w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni;
- 3) świadczenie lekowe związane z pobytem w szpitalu, który trwał określoną w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia liczbę dni.

5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe – na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem współmałżonka lub partnera w szpitalu

6. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu.
9. Jeżeli pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wypłacimy tylko jedno wyższe świadczenie.

10. Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nie-szczęśliwego wypadku, uznajemy za pobyt spowodowany chorobą.
11. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:

- 1) poza dany rok polisy lub
- 2) poza okres naszej ochrony,

wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.

12. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu. Na Twój wniosek możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli pobyt w szpitalu współmałżonka lub partnera trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku powinieneś dołączyć dokument, którego treść będzie potwierdzała dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia współmałżonka lub partnera w szpitalu.
13. Aby ustalić Twoje prawo do świadczenia, możemy skierować współmałżonka lub partnera na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza.

Świadczenie w związku z pobytom współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencją

14. Wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie za pobyt współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencję.
15. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
16. Wypłacimy świadczenie, jeżeli pobyt współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencja są związane z pobytom w szpitalu, za który należy się świadczenie oraz spełnione są warunki:

- 1) pobyt w szpitalu, który poprzedzał rekonwalescencję trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;

- 2) pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.

17. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za pobyt współmałżonka lub partnera w sanatorium w danym roku polisy.
18. Jeżeli pobyty współmałżonka lub partnera w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, to wypłacimy tylko jedno świadczenie w okresie ochrony.

Świadczenia ambulatoryjne

19. Współmałżonek lub partner ma dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, za który należy się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
20. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
21. Jeżeli pobyty współmałżonka lub partnera w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie ochrony.
22. Współmałżonek lub partner może skorzystać z następujących świadczeń ambulatoryjnych:

- 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) rezonans magnetyczny oraz tomografia,

- c) USG, w tym ECHO serca,

- d) EKG,

- e) spirometria.

23. Współmałżonek lub partner może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu, trwający co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują od następnego dnia roboczego po tej decyzji przez 12 miesięcy.

24. Świadczenia ambulatoryjne wykonują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach otrzymasz także na infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu tego świadczenia.

25. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile współmałżonek lub partner nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:

- 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;

- 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancją dostępności dotyczy konsultacji u lekarza danej specjalizacji, a nie dostępności konkretnego lekarza.

26. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.

27. Współmałżonek lub partner może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.

28. Aby zrealizować świadczenia, współmałżonek lub partner powinien:

- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;

- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;

- 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.

29. Współmałżonek lub partner może skorzystać z wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyska naszą zgodę.

30. Jeśli za naszą zgodą współmałżonek lub partner skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.

31. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.

Świadczenie lekowe

32. Wypłacimy Ci świadczenie lekowe za każdy pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, jeśli trwał co najmniej tyle dni, ile wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

33. Wypłacimy Ci tylko jedno świadczenie lekowe za wszystkie pobyty współmałżonka lub partnera w szpitalu w okresie ochrony, jeśli były spowodowane tą samą przyczyną.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

34. Nie wypłacimy Ci świadczenia, jeżeli celem pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu jest:

- 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi, które są związane z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;

- 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków niebezpiecznego

wypadku, jakiemu współmałżonek lub partner uległ w okresie udzielania ochrony, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony, lub leczenia wad wrodzonych;

- 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani nie są obrażenia ciała;
- 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych;
- 6) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

35. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

Pobyt w szpitalu – pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, który:

- a) potwierdzony jest dokumentacją medyczną,

- b) trwa nieprzerwanie co najmniej tyle dni, ile potwierdziliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,

- c) związany jest z:

- leczeniem doznanych obrażeń ciała lub
- chorobą, w tym także związaną z ciążą lub powikłaniami poporodowymi (okres pobytu w szpitalu liczymy od dnia porodu), wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym, lub
- zawałem serca lub udarem mózgu;

pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia współmałżonka lub partnera do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 7, pkt 9–10, pkt 15–17, pkt 23, pkt 26 pkt 1)–55) Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera pkt 1)–15) Katalogu chorób zakaźnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 6, pkt 11–13, pkt 28–31

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r., zmienił uchwałą nr 1/27/06/2023 z 27 czerwca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 lipca 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.

2. Ubezpieczenie obejmuje rozpoznanie u współmałżonka lub partnera po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w:
 - 1) wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A albo katalogu B, albo katalogu C – z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ) lub
 - 2) katalogu chorób zakaźnych – jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o ten katalog.
3. Poważne zachorowania grupujemy w katalogi i każde z nich przyporządkowaliśmy do określonej grupy. Wykaz poważnych zachorowań, katalogów i grup oraz wysokość świadczenia za każde poważne zachorowanie określamy w poniższej tabeli:

Wykaz poważnych zachorowań

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych	✓	✓	✓	1	100
Zawał serca	✓	✓	✓		100
Angioplastyka wieńcowa	✓	✓	✓		20

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Kardiomiopatia		✓	✓	1	100
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych	✓	✓	✓	2	100
Choroba neuronu ruchowego	✓	✓	✓		100
Dystrofia mięśniowa	✓	✓	✓		100
Łagodny guz mózgu	✓	✓	✓		100
Łagodny guz rdzenia	✓	✓	✓		100
Udar mózgu	✓	✓	✓		100
Zapalenie mózgu	✓	✓	✓		100
Niedowład (paraliż)		✓	✓		100
Poważny uraz głowy		✓	✓		100
Operacja bąblowca mózgu			✓		100
Odkleszczowe zapalenie mózgu			✓		100
Operacja ropnia mózgu			✓		100
Borelioza			✓		20
Niewydolność nerek	✓	✓	✓		3
Przeszczep narządów	✓	✓	✓	100	
Schyłkowa niewydolność wątroby	✓	✓	✓	100	
Ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń	✓	✓	✓	100	
Piorunujące zapalenie wątroby		✓	✓	100	
Toczeń rumieniowaty układowy		✓	✓	100	
Niedokrwistość aplastyczna	✓	✓	✓	4	100
Nowotwór złośliwy	✓	✓	✓		100
Nowotwór in situ			✓		10
Operacja aorty brzusznej	✓	✓	✓	5	100
Operacja aorty piersiowej	✓	✓	✓		100
Wymiana lub plastyka zastawki serca		✓	✓		100
Bakteryjne zapalenie wsierdzia			✓		100
Śpiączka	✓	✓	✓	6	100
Utrata kończyn	✓	✓	✓		100
Utrata mowy	✓	✓	✓		100
Utrata słuchu	✓	✓	✓		100
Utrata wzroku	✓	✓	✓		100
Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie			✓		100
Sepsa (posocznica)			✓	100	
Schyłkowa niewydolność oddechowa		✓	✓	7	100
Gruźlica			✓		100
Ciężkie oparzenia III stopnia	✓	✓	✓	8	100
Ciężkie oparzenia I i II stopnia	✓	✓	✓		100
Pozostałe poważne zachorowania					
Zakażona martwica trzustki			✓		100
Choroba Alzheimera	✓	✓	✓		100
Choroba Creutzfeldta-Jakoba	✓	✓	✓		100
Choroba Parkinsona	✓	✓	✓		100
Nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)	✓	✓	✓		100
Stwardnienie rozsiane	✓	✓	✓		100

Poważne zachorowanie	Katalog A	Katalog B	Katalog C	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych	✓	✓	✓		100
Zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi	✓	✓	✓		100
Choroba Leśniowskiego-Crohna		✓	✓		100
Twardzina		✓	✓		100
Choroba Huntingtona			✓		100
Tężec			✓		100
Wścieklizna			✓		100
Zgorzel gazowa			✓		100

Wykaz chorób zakaźnych

Choroba zakaźna	Grupa	Procent sumy ubezpieczenia
Cholera	10	100
Choroba Chagasa		100
Choroba wywołana przez wirus Ebola		100
Choroba wywołana przez wirus Marburg		100
Dur brzuszny		100
Filarioza		100
Gorączka denga		100
Gorączka krwotoczna Chikungunya		100
Gorączka Lassa		100
Gorączka Zachodniego Nilu		100
Malaria		100
Operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej		100
Schistosomatoza		100
Śpiączka afrykańska		100
Żółta gorączka		100

4. Poważne zachorowanie oznacza:

- 1) rozpoznanie w okresie ochrony choroby, która została zdiagnozowana u współmałżonka lub partnera po raz pierwszy w życiu;
- 2) wykonanie w okresie naszej ochrony zabiegu, który został przeprowadzony u współmałżonka lub partnera po raz pierwszy w życiu.

5. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań znajdziesz w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, które są załącznikami do OWUD.

6. Zakres naszej ochrony nie obejmuje:

- 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
- 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.

7. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:

- 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem;
- 2) świadczenie lekowe w związku z poważnym zachorowaniem.

8. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenia związane z poważnym zachorowaniem

9. Jeśli u współmałżonka lub partnera zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, wypłacimy Ci świadczenie w kwocie równej procentowi sumy ubezpieczenia dla danego poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
10. Procent sumy ubezpieczenia dla każdego poważnego zachorowania wskazujemy w tabeli w pkt 3.
11. Maksymalna wysokość świadczeń na wszystkie poważnego zachorowania z jednej grupy poważnych zachorowań wynosi 100% sumy ubezpieczenia.
12. Każda wypłata świadczenia z danej grupy poważnych zachorowań powoduje, że maksymalna wysokość świadczeń czyli 100% sumy ubezpieczenia z danej grupy poważnych zachorowań, zmniejsza się o sumę procentowych wartości świadczeń wypłaconych z tej grupy poważnych zachorowań.
13. Po rozpoznaniu danego poważnego zachorowania nasza ochrona w zakresie tego zachorowania wygasa, z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ. W przypadku rozpoznania nowotworu in situ wypłacimy Ci jedno świadczenie za pierwsze rozpoznanie z każdej z 9 kategorii nowotworu in situ od D00 do D09 (zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10).

W czasie gdy zapewniamy ochronę ubezpieczeniową, możesz zgłosić nam maksymalnie 9 razy rozpoznanie nowotworu in situ. Nowotwory te muszą należeć do różnych kategorii od D00 do D09 zgodnie z klasyfikacją chorób ICD-10.

14. Poważne zachorowanie potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Korzystanie z konsultacji lekarzy specjalistów

15. Jeśli przyznamy Ci świadczenie z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera, otrzyma on dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Współmałżonkowi lub partnerowi przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
17. Z konsultacji lekarzy specjalistów współmałżonek lub partner może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego w którym wypłaciliśmy Ci świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
18. Konsultacje lekarzy specjalistów wykonują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na www.uniqa.pl, informację o placówkach możesz też uzyskać przez infolinię medyczną, której numer podamy Ci po przyznaniu prawa do korzystania z konsultacji.
19. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile współmałżonek lub partner nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
- 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia – w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia – w przypadku pozostałych specjalizacji.
- Terminy, które podajemy w pkt 19, odnoszą się do konsultacji z dowolnym lekarzem danej specjalizacji, a nie do konsultacji z konkretnym lekarzem.
20. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
21. Miejsce i termin realizacji świadczenia współmałżonek lub partner może uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.
22. Abyśmy mogli zrealizować dla współmałżonka lub partnera świadczenie, powinien:
- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
23. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej współmałżonek lub partner uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
24. Jeśli za naszą zgodą współmałżonek lub partner skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

25. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wnioski o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na uniqa.pl i w naszej siedzibie. Do wniosku dołącz wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Świadczenie lekowe

26. Jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o świadczenie lekowe, po przyznaniu Ci prawa do świadczenia z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera wypłacimy Ci także jednorazowe świadczenie lekowe.
27. Wysokość świadczenia wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

28. Po przyznaniu świadczenia za wystąpienie danego poważnego zachorowania u współmałżonka lub partnera wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania, z wyjątkiem rozpoznania nowotworu in situ.

Przykład:

Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu zawału serca współmałżonka lub partnera, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu udaru mózgu współmałżonka lub partnera, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – wypłacimy świadczenie z tytułu udaru mózgu; zawał serca i udar mózgu kwalifikujemy do różnych koszyków, dlatego otrzymasz dwa świadczenia.

Jeśli jednak zgłosisz roszczenie z tytułu zawału serca współmałżonka lub partnera i wypłacimy Ci świadczenie z tego tytułu, a następnie zgłosisz drugie roszczenie z tytułu kardiomiopatii współmałżonka lub partnera, to nie wypłacimy Ci świadczenia z tytułu kardiomiopatii. Zawał serca i kardiomiopatia należą do tego samego koszyka.

29. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu rozpoznania poważnego zachorowania.
30. Przyznamy Ci świadczenie pod warunkiem, że współmałżonek lub partner pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
31. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje poważnych zachorowań, które:
- 1) wystąpiły przed upływem jednego miesiąca od daty wystąpienia poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym ponieśliśmy odpowiedzialność;
 - 2) są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w poz. 28) i 29) wykazu poważnych zachorowań;
 - 3) są następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka lub partnera
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18–19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u współmałżonka lub partnera operacji medycznej w placówce medycznej w okresie ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:

- 1) przeprowadzenie operacji medycznej, która nie została wskazana w tabeli operacji medycznych;
- 2) świadczenie lekowe;
- 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.
5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli u współmałżonka lub partnera zostanie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
 zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.

7. Jeśli u współmałżonka lub partnera zostanie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni przeprowadzono kilka operacji medycznych u współmałżonka lub partnera, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

11. Jeśli u współmałżonka lub partnera przeprowadzona zostanie operacja medyczna 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Wysokość świadczenia lekowego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, jeżeli ten pobyt był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do:
 - a) usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub
 - b) usunięcia następstw choroby nowotworowej, lub
 - c) leczenia wad wrodzonych;
 - 2) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 3) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 4) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 6) która jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD, jeśli współmałżonek lub partner umrze w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – 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, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15, pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18–19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie operacji medycznej współmałżonka lub partnera w placówce medycznej w okresie naszej ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:
 - 1) przeprowadzenie operacji medycznej, która nie została wskazana w tabeli operacji medycznych,
 - 2) świadczenie lekowe,

3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.

5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli zostanie przeprowadzona operacja medyczna współmałżonka lub partnera, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
 zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli u współmałżonka lub partnera zostanie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.

8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni u współmałżonka lub partnera przeprowadzono kilka operacji medycznych, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

11. Jeśli u współmałżonka lub partnera przeprowadzona zostanie operacja medyczna 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Wysokość świadczenia lekowego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, jeżeli ten pobyt był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 2) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 3) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 4) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych;
 - 5) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD, jeśli współmałżonek lub partner umrze w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–74 i pkt 77 OWU.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – 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, działające 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 (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego dziecka w okresie naszej ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie dziecka.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć dziecka w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli zdarzył się w okresie naszej ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

3. Jeśli dziecko dozna uszczerbku lub uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Ci świadczenie zgodnie z wybrany wariantem:
 - 1) w wariantcie 1. – wypłacimy 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku lub uszkodzenia ciała, lub

- 2) w wariantcie 2. w formule świadczeń progresywnych – wypłacimy świadczenie w wysokości iloczynu procentu uszczerbku lub uszkodzenia ciała, sumy ubezpieczenia oraz współczynnika progresji, który określamy w tabeli poniżej.

Tabela współczynnika progresji

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała	Współczynnik progresji
0,5–19,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		1
20–49,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		2
50–79,5% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		3
80–100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała		4

4. Jeśli w danym roku polisy dziecko dozna kilku uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zsumujemy wartości procentowe poszczególnych uszczerbków lub uszkodzeń ciała, zgodnie z tabelą uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
5. Suma świadczeń dla każdego dziecka w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem lub suma świadczeń dla każdego dziecka w danym roku polisy nie może przekroczyć:

- 1) w przypadku wariantu 1. – sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD,
- 2) w przypadku wariantu 2. w formule świadczeń progresywnych – wartości, jaka wynika z wypłaty 100% uszczerbku lub uszkodzenia ciała.

Przykład

W przypadku uszkodzenia gałek ocznych wskutek urazu z całkowitą utratą widzenia tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała określa 100% uszczerbku na zdrowiu, wtedy:

- 1) w wariantcie 1. – wypłacimy świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia;
- 2) w wariantcie 2. – wypłacimy świadczenie w wysokości 400% sumy ubezpieczenia, ponieważ przy 100% uszczerbku współczynnik progresji wynosi 4.

6. Procent uszczerbku lub uszkodzenia ciała ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Mamy prawo skierować dziecko na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–4, pkt 6–7, pkt 14–15, pkt 17–18, pkt 24, pkt 27, pkt 30
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 9, pkt 10, pkt 16, pkt 28–29

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje pobyt dziecka w szpitalu:
 - 1) w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, a także wypadkiem komunikacyjnym, lub
 - 2) w celu leczenia choroby, w tym pobyt związany z ciążą, powikłaniami poporodowymi, z wyłączeniem pobytu w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie naszej ochrony.
4. Ubezpieczenie możemy rozszerzyć o:
 - 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, związanych z pobytem dziecka w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni;

2) świadczenie lekowe, związane z pobytem w szpitalu, który trwał określoną w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia liczbę dni.

5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu

6. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązuje w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu.
9. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wypłacimy tylko jedno wyższe świadczenie.
10. Pobyt dziecka w szpitalu, który rozpoczął się po 12 miesiącach od daty nieszczęśliwego wypadku, uznajemy za pobyt spowodowany chorobą.
11. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:
 - 1) poza dany rok polisy lub
 - 2) poza okres naszej ochrony,

wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym pobyt dziecka w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni świadczenie wypłacimy za 365 dni.

12. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu. Na Twój wniosek możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli pobyt w szpitalu dziecka trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku powinieneś dołączyć dokument, którego treść będzie potwierdzała dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia dziecka w szpitalu.

13. Aby ustalić Twoje prawo do świadczenia, możemy skierować dziecko na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza.

Świadczenia ambulatoryjne

14. Dziecko ma dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli jego pobyt w szpitalu, za który należy się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.

15. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu dziecka w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

16. Jeżeli pobyty dziecka w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie ochrony.

17. Dziecko może skorzystać z następujących świadczeń ambulatoryjnych:

1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:

- ortopeda,
- chirurg ogólny,
- okulista,
- neurolog,
- diabetolog,
- internista,
- kardiolog;

2) badania laboratoryjne:

- badania hematologiczne,
- koagulologia,
- glukoza,
- lipidogram,
- sód, potas,
- mocznik,
- kreatynina,
- badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
- białko,
- badanie ogólne moczu;

3) zabiegi ambulatoryjne:

- chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
- iniekcje domięśniowe,
- iniekcje dożylnie;

4) badania obrazowe:

- RTG,
- rezonans magnetyczny oraz tomografia,
- USG, w tym ECHO serca,
- EKG,
- spirometria.

18. Dziecko może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu trwający co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują od następnego dnia roboczego po tej decyzji przez 12 miesięcy.

19. Świadczenia ambulatoryjne realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach otrzymasz także na infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu tego świadczenia.

20. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:

- 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
- 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u lekarza danej specjalizacji, a nie dostępności konkretnego lekarza.

21. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.

22. Uprawniony może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.

23. Aby zrealizować świadczenia, uprawniony powinien:

- 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.

24. Dziecko może skorzystać z wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyska on naszą zgodę.

25. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.

26. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.

Świadczenie lekowe

27. Wypłacimy Ci świadczenie lekowe za każdy pobyt dziecka w szpitalu, jeśli trwał co najmniej tyle dni, ile wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

28. Wypłacimy Ci tylko jedno świadczenie lekowe za wszystkie pobyty danego dziecka w szpitalu w okresie ochrony, jeśli były spowodowane tą samą przyczyną.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

29. Nie wypłacimy Ci świadczenia, jeżeli celem pobytu dziecka w szpitalu jest:

- 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi, które są związane z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
- 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszcześliwego wypadku, jakiemu dziecko uległo w okresie udzielania ochrony, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony, lub leczenia wad wrodzonych;
- 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani nie są obrażenia ciała;
- 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
- 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych;
- 6) udzielenie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w formie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

30. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

Pobyt w szpitalu – pobyt dziecka w szpitalu, który:

- a) potwierdzony jest dokumentacją medyczną,
- b) trwa nieprzerwanie co najmniej tyle dni, ile potwierdziliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,
- c) związany jest z:
 - leczeniem doznanych obrażeń ciała lub
 - chorobą, w tym także związany z ciążą lub powikłaniami poporodowymi (okres pobytu w szpitalu liczymy od dnia porodu), wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym;

pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia dziecka do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 6, pkt 8–12, pkt 18, pkt 21, pkt 27 pkt 1)–7) Katalogu chorób zakaźnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 5, pkt 23–26

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje rozpoznanie u dziecka po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w:
 - 1) słowniku pojęć w pkt 27, lub
 - 2) katalogu chorób zakaźnych – jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o ten katalog.

Katalog chorób zakaźnych

1)	cholera
2)	dur brzuszny
3)	gorączka denga
4)	malaria

Katalog chorób zakaźnych

5)	schistosomatoza
6)	żółta gorączka
7)	operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej
8)	gorączka krwotoczna Chikungunya
9)	gorączka Lassa
10)	choroba wywołana przez wirus Ebola
11)	choroba wywołana przez wirus Marburg
12)	choroba Chagasa
13)	śpiączka afrykańska
14)	filarioza
15)	gorączka Zachodniego Nilu

3. Poważne zachorowanie oznacza:

- 1) rozpoznanie w okresie ochrony choroby, która została zdiagnozowana u dziecka po raz pierwszy w życiu;
- 2) wykonanie w okresie naszej ochrony zabiegu, który został przeprowadzony u dziecka po raz pierwszy w życiu.

4. Definicje poważnych zachorowań znajdziesz w słowniku pojęć w pkt 27 oraz katalogu chorób zakaźnych, który stanowi załącznik do OWUD.
5. Zakres naszej ochrony nie obejmuje:
 - 1) chorób, które znajdują się w słowniku pojęć w pkt 27 oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - 2) zabiegów, które znajdują się w słowniku pojęć w pkt 27 oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.
6. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem;
 - 2) świadczenie lekowe w związku z poważnym zachorowaniem.
7. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenia związane z poważnym zachorowaniem

8. Jeśli poważne zachorowanie zostanie rozpoznane u dziecka, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
9. Poważne zachorowanie potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Korzystanie z konsultacji lekarzy specjalistów

10. Jeśli przyznamy Ci świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem dziecka, dziecko uzyskuje dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
11. Dziecku przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
12. Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu wypłaty świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem.
13. Konsultacje lekarzy specjalistów wykonują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach możesz też uzyskać za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu prawa do korzystania z konsultacji.
14. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawiony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie konkretnego lekarza.
15. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
16. Miejsce i termin spełnienia świadczenia uprawiony może uzgodnić wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
17. W celu realizacji świadczenia uprawiony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
18. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawiony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.

19. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
20. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Świadczenie lekowe

21. Jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o świadczenie lekowe, po przyznaniu Ci prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem dziecka, wypłacimy Ci także jednorazowe świadczenie lekowe.
22. Wysokość świadczenia wskazujemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

23. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje poważnych zachorowań dziecka, które:
 - 1) są następstwem lub konsekwencją wady wrodzonej lub schorzenia wrodzonego dziecka ujawnionych w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka;
 - 2) są następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
24. Wypłacamy świadczenie z tytułu tych OWUD za rozpoznanie poważnego zachorowania u dziecka po raz pierwszy w okresie naszej ochrony, jednak w przypadku:
 - 1) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza rdzenia, paraliżu, guzów śródczaszkowych, zapalenia mózgu, tężca, polio – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 2) niewydolności nerek, przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, przeszczepu narządu, niewydolności wątroby – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 3) nowotworu złośliwego z białaczkami i chłoniakami – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań; w przypadku nowotworu złośliwego – wypłacimy tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów;
 - 4) utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – nie wypłacimy świadczenia, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie;
 - 5) sepsy, śpiączki, ciężkiego oparzenia, cukrzycy, inwazyjnej choroby pneumokokowej (iChP), operacji zastawki serca – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań dziecka; nie wypłacimy świadczenia za sepsę lub śpiączkę, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie;
 - 6) cholery, duru brzuszego, gorączki denga, malarii, operacyjnie leczonego bąblowca w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, schistosomatozy, żółtej gorączki, gorączki krwotocznej Chikungunya, gorączki Lassa, choroby wywołanej przez wirus Ebola, choroby wywołanej przez wirus Marburg, choroby Chagasa, śpiączki afrykańskiej, filariozy, gorączki Zachodniego Nilu – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań.
25. Po przyznaniu świadczenia za wystąpienie u dziecka danego poważnego zachorowania wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania u danego dziecka.
26. Przyznamy Ci świadczenie, pod warunkiem że dziecko pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

27. Poważne zachorowanie to jedna z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów dziecka:
- 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, które obejmuje:
 - 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 stosujemy „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera, w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
 - 2) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, lub obu tych zaburzeń, wymagająca leczenia insuliną co najmniej przez 3 miesiące;
 - 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
 - 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe, które są przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
 - 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP)** – pierwotne zakażenie o dużym nasileniu objawów chorobowych wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*); występuje u dzieci, przebiega pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową obejmujemy przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdzia, osierdzia, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne, które pozostawiają trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażań lub innych ubytków neurologicznych; nie obejmujemy ubezpieczeniem zakażeń pneumokokowych o przebiegu lekkim, niepowikłanych lub niepozostawiających trwałych następstw oraz pourazowych wtórnych zakażeń pneumokokowych; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej, którą wydaje ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
 - 6) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, który wymaga usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powoduje trwałe ubytki neurologiczne; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii; nie obejmujemy ubezpieczeniem: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarninaków, ropni, krwaków, malformacji naczyniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy i urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych i dyskopatii;
 - 7) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek, które charakteryzuje się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz ze wskazań życiowych wymaga przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
 - 8) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga jednoznacznego potwierdzenia w dokumentacji medycznej; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, która jest przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
 - 9) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; za datę zaistnienia choroby przyjmujemy ostateczny wynik badania histopatologicznego, który jednoznacznie potwierdza nowotworowe tło choroby; nie obejmujemy ubezpieczeniem nowotworów *in situ*, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (w tym czerniaka złośliwego do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnicy złośliwej i chłoniaków w 1. stopniu zaawansowania;
 - 10) **operacja zastawki serca** – operacja na otwartym sercu, która przeprowadzana jest w okresie ochrony i ma na celu każdy rodzaj plastyki zastawek jako konsekwencję wad zastawkowych serca; nie obejmujemy ubezpieczeniem zabiegów wykonywanych wewnątrzkrążeniowo;
 - 11) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna i nieuleczalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez nas; wykluczone z odpowiedzialności są niedowład kończyn;
 - 12) **polio** – infekcja wywołana wirusem polio, prowadząca do paraliżu mięśni kończyn lub mięśni oddechowych, który utrzymuje się nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez specjalistę neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem innych chorób, które prowadzą do paraliżu, takich jak zespół Guillaina-Barrego;
 - 13) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców, którzy oczekują 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 wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie obejmujemy przeszczepów, które wykorzystują komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
 - 14) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, trwa ponad 12 miesięcy i potwierdzone jest obecnością:
 - a) przeciwciał anti-HCV (IgG+) i/lub dodatnim wynikiem HCV RNA PCR w przypadku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
 - b) antygeny Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatknych odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu Boraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
 - 15) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny lub toksyczne metabolity komórek gospodarza; objawia się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; za sepsę uznajemy też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; nie obejmujemy ubezpieczeniem bakteriemii, wiremii i fungemii ani przypadków sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
 - 16) **śpiączka** – stan utraty przytomności, który trwa co najmniej 96 godzin i pozostawia trwałe ubytki neurologiczne, 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); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, która zawiera między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
 - 17) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:

- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk 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 laszeczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 18) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku; obejmujemy ubezpieczeniem utratę kończyn co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;
 - 19) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna, utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie i rokowanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi;
 - 20) **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 na podstawie badań obiektywnych słuchu; nie obejmujemy ubezpieczeniem jakich-

kolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana przez zastosowanie procedur terapeutycznych;

- 21) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; nie obejmujemy ubezpieczeniem przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 22) **zapalenie mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku), które skutkuje trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się co najmniej przez 6 miesięcy; nie obejmujemy ubezpieczeniem zapalenia mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- 23) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; obejmujemy ubezpieczeniem 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.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w tych OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie u dziecka po raz pierwszy boreliozy. Wystąpienie boreliozy oznacza zdiagnozowanie choroby przez lekarza specjalistę zgodnie z definicją w pkt 5 w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

3. Jeśli borelioza wystąpi u dziecka, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości wskazanej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

4. Wystąpienie u dziecka boreliozy potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych, które przeprowadzamy na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

5. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

borelioza – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórными, objawiającymi się rumieniem, lub objawami narządowymi, takimi jak zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi; pierwsze zdiagnozowanie choroby powinno być postawione przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5 oraz pkt 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 6, pkt 7

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje leczenie specjalistyczne dziecka w okresie ochrony.
3. Leczenie specjalistyczne oznacza przeprowadzenie po raz pierwszy u dziecka każdej z tych procedur medycznych:
 - 1) chemioterapii,
 - 2) radioterapii,
 - 3) terapii interferonowej,
 - 4) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora,
 - 5) wszczepienia rozrusznika serca,
 - 6) ablacji,
 - 7) dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek,

- 8) dializoterapii w ostrej niewydolności nerek,
- 9) embolizacji tętniaka tętnic mózgowych,
- 10) leczenia metodą gamma knife lub cyber knife.

4. Ubezpieczenie nie obejmuje leczenia specjalistycznego, jeśli wynika z chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli dziecko przeszło leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, która będzie aktualna na dzień:
 - 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii i terapii interferonowej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii;
 - 3) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora lub rozrusznika serca lub wykonania ablacji;
 - 4) wykonania dializoterapii w przewlekłej niewydolności nerek;
 - 5) wykonania dializoterapii w ostrej niewydolności nerek;
 - 6) wykonania embolizacji tętniaka tętnic mózgowych;
 - 7) wykonania zabiegu gamma knife lub cyber knife.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

6. Jeśli u dziecka zostaną przeprowadzone co najmniej dwie z następujących procedur medycznych:
 - 1) chemioterapia, radioterapia lub leczenie metodą gamma knife lub cyber knife – wypłacimy świadczenie tylko za jedną z wymienionych procedur medycznych;
 - 2) wszczęcie kardiowertera/defibrylatora, wszczęcie rozrusznika serca lub ablacja – wypłacimy świadczenie tylko za jedną z wymienionych procedur medycznych;
 - 3) dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek oraz dializoterapia w ostrej niewydolności nerek – wypłacimy świadczenie tylko za jedną z wymienionych procedur medycznych.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

7. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU, jeśli wypłacimy Ci świadczenie za dane leczenie specjalistyczne, nasza ochrona wygasa w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

Przykład

Jeśli w okresie ochrony przeprowadzono u danego dziecka chemioterapię spełniającą warunki wskazane w OWUD, wypłacimy Ci świadczenie z tytułu tego leczenia (chemioterapii). Gdy potem zgłosisz kolejne roszczenie, dotyczące tego samego dziecka, z tytułu:

- 1) ablacji – wypłacimy Ci świadczenie, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu chemioterapii nie wyklucza możliwości wypłaty świadczenia z tytułu ablacji;
- 2) radioterapii – nie wypłacimy Ci świadczenia, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu chemioterapii wyklucza możliwość wypłaty świadczenia z tytułu radioterapii;
- 3) chemioterapii – nie wypłacimy Ci świadczenia, ponieważ wcześniejsza wypłata świadczenia z tytułu chemioterapii spowodowała wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie tego specjalistycznego leczenia.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

8. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **ablacja** – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska powodującego zaburzenia rytmu serca;
 - 2) **chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy cytostatyków lub immunosupresantów według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone przez lekarza specjalistę: onkologa lub hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia hormonalnego, w tym leczenia hormonalnego ze wskazań onkologicznych;
 - 3) **dializoterapia w ostrej niewydolności nerek** – zastosowanie co najmniej jednokrotnie zabiegu hemodializy lub hemofiltracji w przebiegu ostrej niewydolności nerek; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: zabiegów w przebiegu zatrucia alkoholem etylowym, metylowym lub glikolem etylenowym oraz niezaleconego przez lekarza zażycia: leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
 - 4) **dializoterapia w przewlekłej niewydolności nerek** – leczenie przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej, które trwa co najmniej przez trzy miesiące;
 - 5) **embolizacja tętniaka tętnic mózgowych** – neuroradiologiczne leczenie tętniaków tętnic śródczaszkowych metodą embolizacji wewnątrznaczyniowej za pomocą spiral;
 - 6) **gamma knife lub cyber knife** – leczenie metodą gamma knife lub cyber knife w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyńnych;
 - 7) **kardiowerter/defibrylator** – urządzenie elektroniczne z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną, wykorzystane w celu leczenia zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
 - 8) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
 - 9) **rozzrusznik serca (stymulator serca, kardiostymulator)** – urządzenie elektroniczne wszczepiane do ciała chorego, które służy do pobudzania rytmu serca;
 - 10) **terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu w celu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4, pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18–19

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u dziecka operacji medycznej w placówce medycznej w okresie naszej ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:
 - 1) przeprowadzenie operacji medycznej, która nie została wskazana w tabeli operacji medycznych;

- 2) świadczenie lekowe;
- 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.

5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli u dziecka zostanie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
 zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli u dziecka zostanie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci

- świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Jeżeli w tym samym dniu i w ciągu następnych 60 dni u dziecka przeprowadzono kilka operacji medycznych związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
 9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
 10. Suma świadczeń wypłacona z tytułu operacji u jednego dziecka w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

11. Jeśli dziecko zostało poddane operacji medycznej 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Wysokość świadczenia lekowego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt dziecka w szpitalu w związku z operacją medyczną

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu, jeżeli pobyt ten był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu dziecka w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu dziecka wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do:
 - a) usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków lub
 - b) usunięcia następstw choroby nowotworowej, lub
 - c) leczenia wad wrodzonych;

- 2) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 3) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 4) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 5) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 6) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD, jeśli dziecko umrze w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – 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, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków) ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15, pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18–20

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r. i wchodzi one w życie 1 marca 2024 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u dziecka operacji medycznej w placówce medycznej w okresie ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną obrażeniami ciała, które powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:
 - 1) przeprowadzenie operacji medycznej, której nie wskazaliśmy w tabeli operacji medycznych,
 - 2) świadczenie lekowe,
 - 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.
5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

6. Jeśli u dziecka zostanie przeprowadzona operacja medyczna, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 1. klasy,
 - 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
 zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli u dziecka zostanie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni u dziecka przeprowadzono kilka operacji medycznych, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała, wówczas otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest

niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskazaliśmy.

10. Suma świadczeń wypłacona z tytułu operacji u jednego dziecka w danym roku polisy nie może być wyższa niż 200% sumy ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– **kiedy otrzymasz świadczenie lekowe**

11. Jeśli u dziecka przeprowadzona zostanie operacja medyczna 1. lub 2. klasy, wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie lekowe, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Wysokość świadczenia lekowego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– **kiedy otrzymasz pieniądze za pobyt dziecka w szpitalu w związku z operacją medyczną**

13. Wypłacimy Ci świadczenie za pobyt dziecka w szpitalu, jeżeli ten pobyt był związany z operacją medyczną, za którą przyznaliśmy świadczenie. W takim przypadku wypłacimy świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu związanego z operacją medyczną.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie za maksymalnie 10 dni nieprzerwanego pobytu dziecka w szpitalu, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
16. Bez względu na liczbę operacji medycznych wykonanych podczas nieprzerwanego pobytu w szpitalu dziecka wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu.
17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– **kiedy nasze ubezpieczenie nie działa**

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:

- 1) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków;
 - 2) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 3) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 4) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych;
 - 5) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Jeśli dziecko umrze w trakcie operacji medycznej, nie wypłacimy świadczenia z tytułu tych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Definicje

– **jak rozumiemy pojęcia w OWUD**

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – 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, działające 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 (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–9, pkt 15 oraz pkt 18
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy urodzenie się lub przysposobienie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje urodzenie się żywego dziecka lub przysposobienie dziecka w okresie ochrony.
3. Ubezpieczenie możemy rozszerzyć o:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów, jeśli urodzi Ci się lub przysposobisz dziecko wymagające leczenia;
 - 2) urodzenie się dzieci w wyniku ciąży mnogiej w okresie ochrony.
4. Rozszerzenie ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

5. Jeśli urodzi Ci się lub przysposobisz dziecko, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.

6. Jeśli urodzą Ci się dzieci w wyniku ciąży mnogiej, wypłacimy Ci dodatkowe świadczenie w wysokości określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy i na jakich zasadach dziecko może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów

7. Jeśli urodzi Ci się lub przysposobisz dziecko wymagające leczenia, po dostarczeniu nam dokumentacji, która to potwierdza, Twoje dziecko uzyskuje dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile Twoje ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
8. Dziecku przysługuje maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
9. Dziecko może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po potwierdzeniu przez nas, że urodziło Ci się dziecko wymagające leczenia lub przysposobiłeś dziecko wymagające leczenia.
10. Konsultacje lekarzy specjalistów wykonują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach możesz też uzyskać za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu świadczenia z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka wymagającego leczenia.
11. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie konkretnego lekarza.

12. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
13. Miejsce i termin spełnienia świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
14. W celu realizacji świadczenia uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
15. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
16. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w ter-

minie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

17. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

18. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

przysposobienie dziecka wymagającego leczenia – przysposobienie dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:

- a) 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.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–7, pkt 14, pkt 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

- Obejmujemy ubezpieczeniem urodzenie się lub przysposobienie w okresie ochrony dziecka, które wymaga leczenia.
- Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o organizację i pokrycie kosztów maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

- Jeśli urodzi Ci się dziecko lub przysposobisz dziecko, które wymaga leczenia, wypłacimy Ci z tytułu tych OWUD świadczenie w wysokości:
 - 100% sumy ubezpieczenia, gdy:
 - dziecko przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - dziecko urodziło się z wadą wrodzoną,
 - dziecko urodziło się jako wcześniak;

2) 150% sumy ubezpieczenia, gdy dziecko przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.

- Jeśli Twoje dziecko, które wymaga leczenia, urodziło się z wadą wrodzoną lub przysposobiłeś dziecko z wadą wrodzoną, wypłacimy świadczenie, o ile wada wrodzona została potwierdzona wynikami badań biochemicznych lub obrazowych.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i na jakich zasadach dziecko może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów

- Gdy przyznamy Ci świadczenie w związku z urodzeniem się lub przysposobieniem dziecka wymagającego leczenia, uzyskuje ono dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
- Dziecku przysługuje maksymalnie 12 konsultacji lekarzy specjalistów.
- Dziecko może skorzystać z konsultacji lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po przyznaniu świadczenia z tytułu urodzenia się lub przysposobienia dziecka wymagającego leczenia.
- Konsultacje lekarzy specjalistów wykonują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach możesz też uzyskać za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu świadczenia.
- Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku dermatologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;

- 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie konkretnego lekarza.

10. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
11. Miejsce i termin realizacji świadczenia uprawniony może uzgodnić wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
12. W celu realizacji świadczenia uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
13. Dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli uzyskasz naszą zgodę na infolinii medycznej.
14. Jeśli, za naszą zgodą, dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty

konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

15. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqua.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

16. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

przysposobienie dziecka wymagającego leczenia – przysposobienie dziecka, które przy urodzeniu spełniało co najmniej jedną z poniższych przesłanek:

 - a) 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.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie noworodka lub płodu w zależności od zakresu ubezpieczenia.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem urodzenie się martwego noworodka w okresie ochrony.
3. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o poronienie w okresie ochrony. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

4. Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku urodzenia się martwego noworodka w okresie ochrony.
5. Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku poronienia w okresie ochrony, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

6. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży wskutek wydalenia obumarłego płodu, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni), potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym jesteś wymieniony jako rodzic tego dziecka.
 - 2) **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 jesteś wymieniony jako rodzic tego dziecka.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie Twoich rodziców.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego rodzica w okresie naszej ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie Twoich rodziców.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie Twoich rodziców.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć Twojego rodzica w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica Twojego współmałżonka.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 77 OWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodziców Twojego współmałżonka.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć rodzica Twojego współmałżonka w okresie naszej ochrony.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica Twojego współmałżonka lub partnera.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–72, 74 oraz 77 OWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodziców Twojego współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć rodzica Twojego współmałżonka lub partnera w okresie naszej ochrony.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodziców Twojego współmałżonka.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć rodzica Twojego współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku rodzica Twojego współmałżonka.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodziców Twojego współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć rodzica Twojego współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku rodzica Twojego współmałżonka lub partnera.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodziców Twojego współmałżonka.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć rodzica Twojego współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego rodzica Twojego współmałżonka.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 4

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie rodziców Twojego współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć rodzica Twojego współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego rodzica Twojego współmałżonka lub partnera.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–74 oraz 77 OWU.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–3, pkt 5, pkt 8–11, pkt 14, pkt 21
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 7, pkt 15–20

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie Twoje oraz Twojego współmałżonka albo partnera, dziecka, rodzica lub rodzica współmałżonka albo partnera.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem:
 - 1) chorobę;
 - 2) obrażenia ciała powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w pkt 14 tabeli świadczeń;
 - 4) urodzenie się Twojego dziecka.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i jakie świadczenia możesz otrzymać

3. Zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty usług opisanych poniżej, jeśli w okresie ochrony wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w pkt 2.
4. Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w ramach OWUD to:
 - 1) Ty,
 - 2) współmałżonek albo partner,
 - 3) dziecko,
 - 4) Twój rodzic oraz rodzic Twojego współmałżonka albo partnera – tylko do świadczeń wskazanych w pkt 17 tabeli świadczeń.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której spełniamy świadczenia, wynosi maksymalnie 6000 zł. Suma ubezpieczenia odnosi się łącznie do Ciebie, Twojego współmałżonka albo partnera i dziecka.
6. Suma ubezpieczenia może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
7. Nie przyznamy świadczenia, jeśli jest ono związane z chorobą, którą zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w jej kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat poprzedzających datę rozpoczęcia naszej ochrony.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących usług (wskazanych w tabeli świadczeń):

Tabela świadczeń

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
1)	Opieka po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres dłuższy niż 5 dni; ■ zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego z zaleceniem pozostawania w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji 	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarskiej albo domowej w miejscu zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
2)	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	Zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego z zaleceniem pozostawania w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu niezbędnych leków, które zalecił wcześniej lekarz prowadzący, na podstawie recept i odpowiednich pisemnych zaleceń; nie pokrywamy kosztów zakupu leków	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
3)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego do placówki medycznej, wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem naszego Centrum Operacyjnego; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
4)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz naszego Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
5)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej	<ul style="list-style-type: none"> ■ placówka medyczna, w której przebywa osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba ta została skierowana na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; ■ świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego 	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego do placówki medycznej, która odpowiada wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; transport odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby transportowanej	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
6)	Wizyta lekarska	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt lekarskich w placówce medycznej (w tym lekarzy specjalistów) lub organizujemy i pokrywamy koszty dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu; na życzenie osoby uprawnionej nasze Centrum Operacyjne może także zorganizować telefoniczną konsultację z lekarzem pierwszego kontaktu; dostęp do telekonsultacji jest nielimitowany; świadczenie organizujemy, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	Do limitu 6000 zł. W przypadku choroby: do 3 wizyt lekarskich w placówce medycznej oraz do 3 wizyt lekarskich w miejscu pobytu w roku polisy; powyższy limit dotyczy łącznie wszystkich wizyt lekarskich na rzecz wszystkich osób uprawnionych	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
7)	Wizyta pielęgniarki	Zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu w celu: <ul style="list-style-type: none"> a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny, b) wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności są to 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 wspomagających odżywianie się 	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
8)	Rehabilitacja	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo organizujemy i pokrywamy koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
9)	Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, b) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, c) transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania. Dodatkowo na życzenie podamy informację o placówkach handlowych lub wypożyczalniach oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Nie obejmujemy ochroną przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
10)	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji. Centrum Operacyjne świadczy usługę po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji ■ podanie Centrum Operacyjnemu przez osobę uprawnioną danych osoby wyznaczonej do opieki: imię i nazwisko, dane teleadresowe i możliwość skontaktowania się z tą osobą ■ pisemna zgoda osoby uprawnionej ■ w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić 	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do miejsca zamieszkania na terenie Polski (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo b) przejazdu osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terenie Polski) do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy). Jeśli Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez osobę uprawnioną pod wskazanym przez nią adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania. Warunkiem jest udostępnienie mieszkania. Zapewniamy opiekę 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	Do limitu 6000 zł Do 3 dni opieki w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej, jeśli nie ma możliwości sprawowania opieki przez osobę wyznaczoną	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
11)	Korepetycje	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	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, omawianego w czasie nieobecności dziecka. Wyłączamy z tego całą grupę przedmiotów nauczania, związaną z kształceniem specjalistycznym lub zawodowym. 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)	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
12)	Opieka domowa po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres dłuższy niż 7 dni ■ pisemne zalecenie lekarza prowadzącego przebywania po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej ■ w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić 	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania i mającej następujące zadania:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) kupowanie artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, b) robienie niezbędnych porządków, c) dostarczanie lub przygotowywanie posiłków, d) opiekowanie się zwierzętami domowymi, e) podlewanie kwiatów; <p>w ramach ubezpieczenia nie pokrywamy kosztów zakupu potrzebnych produktów</p>	Do limitu 6000 zł do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
13)	Wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka	Urodzenie się Twojego dziecka	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu do miejsca zamieszkania i honorarium położnej	Do limitu 6000 zł W ramach ubezpieczenia przysługuje jedna wizyta położnej	Ty, współmałżonek albo partner
14)	Pomoc psychologa	<p>Pogorszenie się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Twoja śmierć, b) śmierć dziecka, c) urodzenie się martwego dziecka, d) śmierć współmałżonka albo partnera, e) poronienie, f) Twoja choroba, g) choroba współmałżonka albo partnera, h) choroba dziecka 	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt u psychologa.</p> <p>Na prośbę osoby uprawnionej konsultacje mogą mieć formę telekonsultacji.</p> <p>Nie obejmujemy ochroną przebiegu i skutków terapii.</p> <p>Na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia zapewniamy również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego</p>	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
15)	Pobyt opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka	Hospitalizacja dziecka	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane; o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość, świadczenie zrealizujemy zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, albo b) pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejsca hospitalizacji dziecka, jeśli nie ma możliwości zorganizowania pobytu opiekuna prawnego w szpitalu, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania 	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
16)	Koszty przyjazdu członka rodziny osoby uprawnionej podczas hospitalizacji	Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 3 dni w szpitalu, który znajduje się poza miejscowością wskazaną w adresie miejsca zamieszkania	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby wskazanej przez osobę uprawnioną z miejsca jej pobytu na terenie Polski do placówki medycznej, w której osoba uprawniona jest hospitalizowana, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terenie Polski po zakończonej hospitalizacji; transport odbywa się:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km), b) pociągiem I klasy lub autobusem, c) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; dodatkowo w odniesieniu do lit. b) i c) świadczenie obejmuje również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem 	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia	
17)	Udzielenie pomocy medycznej Twojemu rodzicowi lub rodzicowi współmałżonka albo partnera	opieka po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni ■ pisemne zalecenie lekarza prowadzącego pozostawania w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji 	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarzkiej albo domowej w miejscu zamieszkania rodzica po zakończeniu hospitalizacji	500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Twój rodzic oraz rodzic współmałżonka albo partnera
		transport na wizytę kontrolną	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni ■ zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną 	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną z miejsca zamieszkania rodzica do placówki medycznej, oraz transportu powrotnego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania rodzica	1 wizyta kontrolna w roku	
		asysta		Organizujemy i pokrywamy koszty honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi podczas transportu do placówki medycznej oraz pomoże przy załatwieniu formalności w placówce medycznej związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala	200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
		infolinia medyczna	stan zdrowia rodzica nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego	Udzielamy pierwszej konsultacji telefonicznej z lekarzem naszego Centrum Operacyjnego. Informacja nie stanowi porady medycznej. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji		
18)	Przekazanie pilnej wiadomości od Ciebie, współmałżonka, partnera lub dziecka		Na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia za pośrednictwem Centrum Operacyjnego prześlemy wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa		Ty, współmałżonek albo partner, dziecko	

9. Świadczenia medyczne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.

10. Zapewniamy osobom uprawnionym dostęp do infolinii medycznej i możliwość rozmowy telefonicznej z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących warunków udziela ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Polski, a także o uwarunkowaniach medycznych, które dotyczą poszczególnych schorzeń. Gwarantujemy również dostęp do informacji na temat:

- 1) jednostek chorobowych,
- 2) stanów wymagających nagłej pomocy,
- 3) zachowań prozdrowotnych,
- 4) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- 5) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
- 6) przygotowania się do porodu,
- 7) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- 8) badań prenatalnych,
- 9) szkół rodzenia,
- 10) karmienia noworodka,
- 11) obowiązkowych szczepień dzieci,
- 12) pielęgnacji niemowląt,
- 13) transportu medycznego,
- 14) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Polski pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
- 15) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,

- 16) aptek znajdujących się na terenie Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 17) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 18) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
- 19) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- 20) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- 21) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
- 22) domów pomocy społecznej, hospicjów,
- 23) 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 nas i lekarza Centrum Operacyjnego.

11. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, możemy ją zrealizować po uzyskaniu Twojej zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez nas sumą ubezpieczenia.
12. Lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym decyduje o celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych.

Świadczenia ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

13. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona do jego otrzymania lub osoba występująca w jej imieniu powinny, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego, oraz:
 - 1) wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich osoba uprawniona się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych;

- 2) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także jej numer PESEL i w miarę możliwości numer telefonu;
 - 3) podać polisy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 4) podać dokładne miejsce zdarzenia;
 - 5) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 6) udzielać wyjaśnień, aby umożliwić Centrum Operacyjnemu działania, które są niezbędne do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia.
14. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy je w całości bądź częściowo. Zwrócimy koszty częściowo, jeśli nie wszystkie wydatki dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne. Zgłoś się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstaw dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.
 15. Nie zrealizujemy świadczenia, zmniejszymy je lub nie zwrócimy kosztów, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły obowiązków, które opisujemy wyżej. Mamy takie prawo, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
 16. Realizujemy świadczenia maksymalnie przez 12 miesięcy. Liczymy ten okres od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

17. Spełnienie świadczeń medycznych w ramach tych OWUD może być opóźnione z powodu strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej, jeśli udokumentujemy te przyczyny.
18. Wyłączamy z naszej odpowiedzialności:
 - 1) koszty usług, które Centrum Operacyjne zorganizowało, jeśli wynikało to z powodu nieprawdziwych informacji;
 - 2) zdarzenia, które skutkują zagrożeniem życia i wymagają natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia, które zagrażają życiu i zostały tak zakwalifikowane na podstawie informacji od zgłaszającego je do Centrum Operacyjnego; możemy wtedy odmówić realizacji świadczeń i nie ponosimy odpowiedzialności za skutki takiej kwalifikacji;
 - 4) świadczenia i usługi poza terytorium Polski;
 - 5) koszty zakupu leków;
 - 6) koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego.
19. Dodatkowo nie odpowiadamy za koszty, które powstały z tytułu i w następstwie:
 - 1) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – jeśli wykraczają poza świadczenie rehabilitacji w ramach tych OWUD oraz zabiegów ze wskazań estetycznych czy helioterapii,
 - 2) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że udział w nich wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) pozostawiania pod wpływem alkoholu w ilości, która powoduje, 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,
 - 4) użycia – przez osobę uprawnioną do świadczenia, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim albo niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - 5) zaburzeń psychicznych,
 - 6) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
 - 7) 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 w każdego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 8) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 9) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych,
 - 10) chorób przewlekłych,
 - 11) przerwania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kupowania środków antykoncepcyjnych,
 - 12) szczepień,
 - 13) leczenia dentystycznego,
 - 14) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego.
20. Jeśli Ty lub osoba uprawniona podacie nam nieprawdziwe dane o okolicznościach lub skutkach zdarzenia ubezpieczeniowego, które objęliśmy ochroną, lub uchylacie się od wyjaśnień, odmówimy zwrotu kosztów. Jeśli podaliście nam nieprawdziwe informacje, możemy zażądać zwrotu poniesionych kosztów.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

21. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, którą wskażemy, która działa w naszym imieniu i zajmuje się organizacją i świadczeniem usług określonych w tych OWUD;
 - 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, która trwa zwykle miesiącami lub latami, jest leczona stale lub okresowo, lub choroba, która była przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
 - 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ciebie, które nie ukończyło 25. roku życia i mieszka wspólnie z Tobą w miejscu zamieszkania;
 - 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu leczenia;
 - 5) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne i występująca w jego imieniu;
 - 6) **lekarz prowadzący** – lekarz, z ramienia placówki medycznej, w której osoba poddała się leczeniu, sprawujący opiekę nad osobą uprawnioną;
 - 7) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Polski, w którym przebywasz tymczasowo Ty, Twój współmałżonek albo partner lub dziecko i które w ocenie Centrum Operacyjnego umożliwia realizację świadczeń;
 - 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski, które wskażesz Ty, Twój współmałżonek albo partner lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które zaszło w okresie naszej odpowiedzialności i w którego następstwie Ty, współmałżonek albo partner, dziecko, Twój rodzic lub rodzic współmałżonka albo partnera niezależnie od swojej woli doznaliście uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub ktoś z Was zmarł; zdarzenie musi być niezależne od woli i stanu zdrowia Twojego, współmałżonka albo partnera, dziecka lub w przypadku świadczeń wymienionych w pkt 17 tabeli świadczeń – Twojego rodzica, rodzica współmałżonka lub partnera lub rodzica dziecka;

- 10) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny (jego waga nie przekracza 20 kg) sprzęt rehabilitacyjny, określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne funkcjonowanie lub je ułatwiający;
- 12) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego; w akcie urodzenia tego dziecka osoba uprawniona wymieniona jest jako jego rodzic;
- 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które obejmujemy ochroną na podstawie umowy dodatkowej, które u osób objętych ochroną polega na:
 - a) wystąpieniu choroby,
 - b) doznaniu obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku trudnych sytuacji losowych, wymienionych w pkt 14 tabeli świadczeń,
 - d) urodzeniu się Twojego dziecka – dotyczy to wyłącznie wizyty położnej.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–11, pkt 13, pkt 19 oraz pkt 27
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 12, 20–25

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie:
 - 1) Twoje w przypadku wyboru formy indywidualnej,
 - 2) Twoje, Twojego współmałżonka albo partnera oraz dziecka w przypadku wyboru formy rodzinnej.
2. Osoby uprawnione mogą korzystać ze świadczeń wskazanych w tych OWUD, jeśli doznają obrażeń ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w okresie naszej ochrony.

3. Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń to:

- 1) Ty w przypadku wyboru formy indywidualnej,
- 2) Ty, Twój współmałżonek albo partner oraz dziecko w przypadku wyboru formy rodzinnej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– z jakich świadczeń i na jakich zasadach można skorzystać

4. Jeśli osoba uprawniona ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń zgodnie z zasadami, które opisujemy niżej.
5. O celowości realizacji usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
6. Jeżeli koszt spełnienia danego świadczenia przekroczy limity zdefiniowane dla tego świadczenia, Centrum Operacyjne wykona świadczenie, o ile osoba uprawniona zgodzi się na dopłatę różnicy między ceną świadczenia a limitem.
7. Świadczenia realizujemy na terenie Polski.
8. Osobie uprawnionej przysługuje prawo do skorzystania z maksymalnie 20 świadczeń:

Tabela świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
POMOC MEDYCZNA				
1)	Konsultacja chirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
2)	Konsultacja okulisty	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
3)	Konsultacja otolaryngologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
4)	Konsultacja ortopedy	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
5)	Konsultacja kardiologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
6)	Konsultacja neurologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
7)	Konsultacja pulmonologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
8)	Konsultacja lekarza rehabilitacji	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
9)	Konsultacja neurochirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
10)	Konsultacja psychologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
11)	Zabiegi ambulatoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty zabiegów ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
12)	Badania laboratoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań laboratoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych stanowiącej załącznik do OWUD. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie zleconych badań, które traktowane są jako jedno świadczenie z limitu całkowitego do wykorzystania	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
13)	Badania radiologiczne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań radiologicznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
14)	Ultrasonografia	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań ultrasonograficznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
15)	Pakiet rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty jednego z poniższych świadczeń: 1) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu osoby uprawnionej albo 2) wizyty osoby uprawnionej w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliżej jej miejsca pobytu, w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych
16)	Tomografia komputerowa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania tomografii komputerowej w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz
17)	Rezonans magnetyczny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania rezonansu magnetycznego w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit	
POMOC OPIEKUŃCZA				
18)	Opieka pielęgniarska	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizacja oraz pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki (procedury możliwe do wykonania w miejscu pobytu). Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty
19)	Sprzęt rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizacja i pokrycie kosztu wypożyczenia albo zakupu oraz kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	1 raz – maksymalny koszt zakupu/wypożyczenia wynosi 800 zł
20)	Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizacja i pokrycie kosztu zakupu, wypożyczenia lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	1 raz – maksymalny koszt zakupu, wypożyczenia lub naprawy wynosi 1000 zł
21)	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizacja i pokrycie kosztu transportu na terenie Polski osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do placówki medycznej z miejsca jej pobytu oraz podróży powrotnej do jej miejsca zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji. Transport odbywa się: 1) taksówką (nie dalej 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 na dworzec lub lotnisko i z powrotem	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
22)	Zakwaterowanie osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w hotelu o kategorii do 3 gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji. Świadczenie obejmuje nocleg wraz ze śniadaniem	1 raz – maksymalnie 4 doby hotelowe
23)	Transport do placówki medycznej		Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej. Środek transportu jest dostosowany do stanu zdrowia osoby uprawnionej. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
24)	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	Osoba uprawniona 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. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia wraz z osobą przez nią wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Środek transportu dostosowany jest do stanu zdrowia osoby uprawnionej	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
25)	Transport z placówki medycznej	Hospitalizacja osoby uprawnionej. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu z placówki medycznej osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
26)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Osoba uprawniona ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
27) Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną do placówki medycznej przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji. Ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
28) Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Osoba uprawniona jest hospitalizowana i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, w szczególności odzieży, przyborów toaletowych, okularów. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez osobę uprawnioną wyżej wymienionych przedmiotów przedstawicielowi Centrum Operacyjnego. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu wyżej wymienionych artykułów	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
29) Dostarczenie lekarstw	Osoba uprawniona (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia leków przepisanych przez lekarza prowadzącego (z wyłączeniem kosztu leków). Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego recepty niezbędnej do wykupienia leków	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
30) Pomoc domowa po hospitalizacji	Hospitalizacja osoby uprawnionej 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 danym na podstawie dokumentacji medycznej. Osoba uprawniona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizacja oraz pokrycie kosztów honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej. Świadczenie obejmuje: 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, 2) codzienne porządki domowe, 3) dostawę lub przygotowanie posiłków, 4) opiekę nad zwierzętami domowymi, 5) podlewanie kwiatów. Nie pokrywamy kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych, związanych z zapewnieniem pomocy domowej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny w okresie kolejnych 14 dni.
31) Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Osoba uprawniona (z powodu obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania podstawowych artykułów spożywczych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
32) Opieka nad dziećmi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom opiekę	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne dołoży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub opiekę społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni przez 24 godziny na dobę
33) Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę osobie niesamodzielnej	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne dołoży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
34) Opieka nad zwierzętami	Hospitalizacja osoby uprawnionej (przewidywany okres hospitalizacji przekracza 4 dni). Pismna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu zwierzęcia. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę	Organizacja oraz pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Po upływie przysługującego okresu opieki Centrum Operacyjne dołoży starań, jeśli zajdzie taka potrzeba, aby zorganizować opiekę dalszej rodziny lub schronisko dla zwierząt na koszt osoby uprawnionej. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny, używanych podczas sprawowania opieki	1 raz – maksymalnie przez 4 dni
35) Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej	Osoba uprawniona zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego nie może opuszczać miejsca zamieszkania. Pismna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom transport	Organizujemy i pokrywamy koszty przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
36) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu	Hospitalizacja dziecka w szpitalu znajdującym się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty pobytu jednego opiekuna prawnego razem z dzieckiem w szpitalu zgodnie z wymogami i możliwościami, jakimi dysponuje szpital. Gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu, organizujemy i pokrywamy koszty pobytu w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższej miejsca hospitalizacji dziecka	1 raz – nie dłużej niż 4 doby
37) Korepetycje	Dziecko, na podstawie zwolnienia lekarskiego, nie może co najmniej przez 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do 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)	1 raz – maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny podczas jednej wizyty

Przykład:

Jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku złamiesz nogę i skorzystasz z następujących świadczeń: 3 konsultacji ortopedy (3 świadczenia), 1 konsultacji lekarza rehabilitacji, 1 rezonansu magnetycznego, założenia oraz zdjęcia gipsu (2 świadczenia) oraz 17 zabiegów rehabilitacyjnych w ramach pakietu rehabilitacyjnego (1 świadczenie), to łącznie wykorzystasz 8 z 20 świadczeń.

9. W okresie ochrony osoba uprawniona może korzystać bez ograniczeń z telefonicznej informacji medycznej. Wykwalifikowany personel udziela ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania;
- 2) postępowania w przypadku ukąszeń;
- 3) jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, stosowanego typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia, dostępnych na terytorium Polski;
- 4) zachowań prozdrowotnych;
- 5) profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) opisów lub 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 terenie Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy 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 oraz rekomendowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego;
- 14) danych teled adresowych 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 umożliwi osobie uprawnionej telefoniczną konsultację z lekarzem.

Świadczenie ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

10. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona lub osoba występująca w jej imieniu powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, na numer telefonu podany w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, i podać wszelkie dostępne informacje, w szczególności:

- 1) Twoje imię i nazwisko;
 - 2) Twój numer PESEL;
 - 3) adres miejsca zamieszkania;
 - 4) datę zajścia zdarzenia;
 - 5) telefon kontaktowy;
 - 6) krótki opis zdarzenia.
11. Osoba uprawniona powinna postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego.
 12. Jeśli nie otrzymamy informacji wskazanych w pkt 10, mamy prawo odmówić świadczenia, o ile informacje te są niezbędne do prawidłowej realizacji świadczenia.
 13. Aby uzyskać pierwsze świadczenie w odniesieniu do danego nieszczęśliwego wypadku, osoba uprawniona lub osoba działająca w jej imieniu powinna wypełnić i przekazać do Centrum Operacyjnego wnioski o realizację świadczeń. Do wniosku należy dołączyć kopię dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dokumenty należy przesać do Centrum Operacyjnego pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres wskazany we wniosku o realizację świadczeń.
 14. Lekarz Centrum Operacyjnego podejmie decyzję, czy osoba uprawniona spełnia warunki uzyskania świadczenia w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mówimy w pkt 13.
 15. Na prośbę Centrum Operacyjnego osoba uprawniona powinna przekazać inne dokumenty, niezbędne do ustalenia, czy świadczenie jest należne.
 16. Czas oczekiwania na konsultacje u lekarzy specjalistów wynosi 5 dni roboczych, o ile osoba uprawniona nie wskaże późniejszego terminu. Gwarancja dostępności dotyczy lekarza danej specjalizacji, a nie konkretnego lekarza.
 17. Świadczenia medyczne realizują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego.
 18. Koszty świadczeń pokrywa Centrum Operacyjne bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej, które realizują świadczenie.
 19. W wyjątkowych sytuacjach gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwróćmy je w całości bądź częściowo. Zwrócimy koszty częściowo, jeśli nie wszystkie wydatki dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne. Zgłoś się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstaw dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.

Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, dzwoniąc pod numer telefonu podany w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

20. Nie przyznamy świadczeń, jeśli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 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, niezaleconego przez lekarza zażycia leków, środków odurzających lub psychotropowych, jeżeli osoba uprawniona 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) zaburzeń psychicznych.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, jeśli było to spowodowane:
 - 1) trzęsieniem lub osunięciem się ziemi, powodzią, huraganem, pożarem;
 - 2) strajkami, atakami terrorystycznymi, skutkiem promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, mogącymi uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców;
 - 3) działaniami wojennymi, działaniami zbrojnymi, zamieszkami;
 - 4) brakiem lub ograniczeniem dostępu do osoby uprawnionej lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, albo do miejsca zamieszkania, albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
22. Jeżeli do realizacji świadczenia konieczna jest pisemna zgoda osoby uprawnionej na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli brak tej zgody był przyczyną niespełnienia lub nienależytego spełnienia świadczenia.
23. Nie ponosimy odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, które nie są bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem.
24. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za przebieg ani skutki organizowanych przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań ani rehabilitacji.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za wszelkie skutki, jeśli osoba uprawniona nie zastosuje się do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Operacyjnego lub podejmuje decyzje, które są sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Operacyjnego.
26. 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.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

27. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych w naszym imieniu;
 - 2) **dziecko** – Twoje dziecko własne lub przysposobione, które mieszka wspólnie z Tobą w miejscu zamieszkania i nie ukończyło 25. roku życia;
 - 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu, które trwa nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, łącznie z czasem hospitalizacji, który określony jest w tabeli powyżej przy opisie świadczenia;
 - 4) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą uprawnioną w placówce medycznej, w której poddała się ona leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) **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;
 - 6) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym znajduje się osoba uprawniona, nie dotyczy pobytu w placówce medycznej;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski wskazane przez osobę uprawnioną jako miejsce stałego zamieszkania;
 - 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
 - 9) **osoba niesamodzielna** – osoba, która w dniu nieszczęśliwego wypadku pozostaje z osobą uprawnioną we wspólnym gospodarstwie domowym w miejscu zamieszkania i jest dla osoby uprawnionej:
 - a) małżonkiem lub osobą pozostającą z nią w konkubinacie;
 - b) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie;
 - c) rodzicem, przysposabiającym, teściem, ojczymem, macochą;
 - d) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową,

i 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 oraz pomocy innych osób;

- 10) **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;

11) **limit całkowity** – maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania na jeden nieszczęśliwy wypadek; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;

12) **zwierzę domowe** – kot lub pies, który jest własnością osoby uprawnionej; o ile kot należy do ras domowych, pies nie jest rasy uznawanej za agresywną zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–6, pkt 8, pkt 10, pkt 18
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 11, pkt 12, pkt 13–17

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem obrażenia ciała, jakich doznałeś w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeśli zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy i jakie świadczenia możesz otrzymać

3. Jeśli doznasz obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zapewnimy Ci świadczenia, które polegają na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów świadczeń. Zakres świadczeń i zasady realizacji opisaliśmy w tabeli świadczeń poniżej.
4. Limity, które wskazujemy przy poszczególnych świadczeniach, mogą być wykorzystywane wielokrotnie, jeśli odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
5. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy limity, które zdefiniowaliśmy dla danego świadczenia, możemy ją wykonać, o ile wyrazisz zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez nas limitem.
6. Wszystkie poniżej wymienione świadczenia realizujemy na terenie Polski.

7. Lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym decyduje o celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich usług medycznych.
8. Masz prawo do skorzystania ze świadczeń, wymienionych w tabeli świadczeń.

Świadczenia ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

9. Aby otrzymać świadczenie, skontaktuj się z Centrum Operacyjnym, oraz:
 - 1) wyjaśnij dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich się znajdujesz, i jakiej pomocy potrzebujesz, oraz przekaz lekarzom Centrum Operacyjnego niezbędne informacje medyczne;
 - 2) podaj nazwisko i imię, numer PESEL i numer telefonu;
 - 3) podaj numer polisy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 4) podaj dokładne miejsce zdarzenia;
 - 5) stosuj się do zaleceń Centrum Operacyjnego;
 - 6) przekaz Centrum Operacyjnemu informacje niezbędne do ustalenia okoliczności zdarzenia.
10. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy je w całości bądź częściowo. Zwrócimy koszty częściowo, jeśli nie wszystkie wydatki dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne. Zgłoś się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstaw dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu

Tabela świadczeń

Świadczenie	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis świadczenia	Ile razy możesz skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz jaki jest limit
Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu lub specjalisty	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyty u lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza specjalisty w placówce medycznej	1 raz maksymalnie do kwoty 500 zł
Wizyta pielęgniarki	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu pielęgniarki do Twojego miejsca zamieszkania i kosztów jej honorarium	2 razy maksymalnie łącznie do kwoty 400 zł
Opieka pielęgniarska po hospitalizacji	Byłeś hospitalizowany dłużej niż 7 dni i zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego wymagasz opieki pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarskiej	2 razy w ramach jednego zdarzenia; jednorazowo nie dłużej niż przez 48 h
Rehabilitacja	Zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagasz rehabilitacji w miejscu zamieszkania lub rehabilitacji stacjonarnej w placówce rehabilitacyjnej	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyty specjalisty fizykoterapeuty w miejscu Twojego zamieszkania lub wizyty w poradni rehabilitacyjnej	2 razy maksymalnie łącznie do kwoty 500 zł
Dostarczenie do miejsca zamieszkania leków zaordynowanych przez lekarza	Wymagasz pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia leków do Twojego miejsca zamieszkania. Koszty leków pokrywasz we własnym zakresie	2 razy maksymalnie łącznie do kwoty 400 zł
Dostarczenie do miejsca zamieszkania drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	Wymagasz pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do Twojego miejsca zamieszkania. Koszty sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego pokrywasz we własnym zakresie	2 razy maksymalnie łącznie do kwoty 400 zł
Transport medyczny z miejsca zamieszkania do najbliższej placówki medycznej	Jeżeli zaistniała konieczność przewiezienia Cię do placówki medycznej	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego z miejsca zamieszkania do najbliższej placówki medycznej; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	
Transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	Byłeś hospitalizowany przez okres dłuższy niż 5 dni	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	2 razy maksymalnie łącznie do kwoty 2000 PLN (na wszystkie transporty do jednego zdarzenia)
Transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej	W przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywasz, nie może zapewnić Ci wymaganej opieki lub otrzymałeś skierowanie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	

kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.

11. Nie zrealizujemy świadczenia, zmniejszymy je lub nie zwrócimy kosztów, jeżeli Ty lub osoba występująca w Twoim imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniście obowiązków, które opisujemy wyżej. Mamy takie prawo, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
12. Realizujemy świadczenia maksymalnie przez 12 miesięcy. Liczymy ten okres od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

13. Nie przyznamy świadczenia, jeśli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego jest 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, niezaleconego przez lekarza zażycia leków, środków odurzających lub psychotropowych, jeżeli wiedziałeś lub powinieneś 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.
14. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, jeśli jego realizacja jest niemożliwa lub opóźniona z powodu:
 - 1) trzęsienia lub osunięcia się ziemi, powodzi, huraganu, pożaru;
 - 2) strajków, ataków terrorystycznych, skutków promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zadziałania siły wyższej, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych, mogących powodować niemożliwość spełnienia danych świadczeń przez naszych usługodawców;
 - 3) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, niepokojów społecznych;

4) ograniczonego lub niemożliwego dostępu do Ciebie lub do miejsca zamieszkania albo do innego, w którym mieliśmy realizować świadczenie.

15. Nie obejmujemy ochroną leczenia obrażeń ciała, jeśli nie powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
16. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za przebieg ani skutki leczenia i rehabilitacji, które organizuje.
17. Nie ponosimy odpowiedzialności za żadne skutki niezastosowania się do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Operacyjnego albo jeśli samowolnie podejmujesz decyzje sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Operacyjnego.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

18. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług określonych w niniejszych OWUD, wskazana przez nas i działająca w naszym imieniu;
 - 2) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia;
 - 3) **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;
 - 4) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad osobą objętą ochroną z ramienia placówki medycznej, w której osoba ta poddała się leczeniu;
 - 5) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski wskazane przez Ciebie jako miejsce stałego zamieszkania;
 - 6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia naszej odpowiedzialności, w którego następstwie niezależnie od swojej woli doznałeś uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu;
 - 7) **sprzęt medyczno-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.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–9, pkt 16, 18, pkt 19, pkt 21
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 11, pkt 17, pkt 20

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - 1) wystąpienie u Ciebie stanu medycznego po raz pierwszy w czasie ochrony, lub
 - 2) wystąpienie u Ciebie urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia i na jakich zasadach otrzymasz

3. Jeśli wystąpi u Ciebie stan medyczny lub uraz spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za pośrednictwem partnera medycznego:
 - 1) zorganizujemy opracowanie drugiej opinii medycznej i pokryjemy jej koszty;
 - 2) zorganizujemy pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia.
4. Świadczenia organizujemy po przeanalizowaniu dokumentacji pierwszej opinii medycznej.

Druga opinia medyczna

5. Zorganizujemy proces i pokryjemy koszty sporządzenia drugiej opinii medycznej przez eksperta medycznego. Druga opinia medyczna nie obejmuje bezpośredniej konsultacji ani bezpośredniego kontaktu z ekspertem medycznym.
6. W ramach organizacji procesu sporządzenia drugiej opinii medycznej za pośrednictwem partnera medycznego:
 - 1) udzielimy Ci informacji o dokumentacji medycznej umożliwiającej jej wydanie;
 - 2) zapewnimy tłumaczenie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu Twojego zdrowia, niezbędnej do wydania drugiej opinii medycznej;
 - 3) prześlemy przetłumaczoną dokumentację medyczną ekspertowi medycznemu;
 - 4) zapewnimy wydanie drugiej opinii medycznej przez eksperta medycznego;
 - 5) przetłumaczymy drugą opinię medyczną na język polski;
 - 6) udostępniemy Ci drugą opinię medyczną.
7. Aby uzyskać drugą opinię medyczną, przekaż partnerowi medycznemu:
 - 1) formularz zgłoszenia udostępniony przez nas lub partnera medycznego;
 - 2) dokumentację medyczną umożliwiającą wydanie drugiej opinii medycznej.
 Dokumentację medyczną dostarczasz do partnera medycznego na własny koszt.

8. Jeżeli zgodnie z opinią eksperta medycznego konieczne jest uzupełnienie dokumentacji medycznej złożonej przez Ciebie, zobowiązany jesteś do jej uzupełnienia.
 9. Jeśli zdaniem eksperta medycznego do wydania drugiej opinii medycznej konieczny jest wynik badania histopatologicznego, partner medyczny pokryje jego koszty, o ile zgodzisz się poddać temu badaniu.
 10. Partner medyczny wyśle do Ciebie drugą opinię medyczną w terminie 30 dni od daty otrzymania Twojego zgłoszenia wydania tej opinii. Jeśli sporządzenie drugiej opinii medycznej w tym terminie okaże się niemożliwe, partner medyczny zapewni jej przygotowanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie będzie możliwe.
 11. Przysługuje Ci jedna druga opinia medyczna w stosunku do danego zdarzenia. Jeśli Twój stan zdrowia się zmieni i będzie to potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, na Twój wniosek przysługuje Ci kolejna druga opinia medyczna.
 12. Lekarz partnera medycznego współpracuje z Tobą lub Twoim opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej.
 13. Raport drugiej opinii medycznej zawiera:
 - 1) opis historii Twojej choroby lub stanu zdrowia;
 - 2) opinię eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego;
 - 4) odpowiedzi na Twoje pytania dotyczące Twego przypadku medycznego – jeśli zostały zadane;
 - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla Twojego przypadku medycznego;
 - 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych eksperta medycznego, który przygotował drugą opinię medyczną.
 14. My oraz partner medyczny nie ponosimy odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w drugiej opinii medycznej ani za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechań działania opartych na tych interpretacjach.
 15. Treść drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.

Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia
 16. Za pośrednictwem partnera medycznego zapewnimy Ci pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie drugiej opinii medycznej.
 17. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ci tylko w przypadku wcześniejszego wydania drugiej opinii medycznej.
 18. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według Twojego wyboru i w porozumieniu z Tobą:
 - 1) udziela Ci telefonicznie informacji o nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terenie Polski, w której będziesz mógł uzyskać świadczenie medyczne, w szczególności zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizytę u lekarza specjalisty zalecane w raporcie drugiej opinii medycznej, a także o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
 - 2) umawia na terenie Polski wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w drugiej opinii medycznej;
 - 3) wskazuje Ci od jednego do maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub placówek medycznych za granicą, które mogą podjąć się Twojego leczenia w zakresie wskazanym w drugiej opinii medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych za granicą specjalizujących się w leczeniu Twojego stanu medycznego lub urazu;
 - 5) organizuje transport do placówki medycznej poza Polską, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w drugiej opinii medycznej oraz organizuje zakwaterowanie w hotelu poza Polską.
 19. Zapewnienie pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń. Koszty tych świadczeń pokrywasz we własnym zakresie.
- ### Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa
20. Nie otrzymasz świadczenia, jeżeli:
 - 1) stan medyczny lub uraz powstały albo były leczone przed dniem rozpoczęcia naszej ochrony lub nastąpiły w wyniku:
 - a) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ciebie leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemyśle lub zamieszkach, chyba że Twój udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obroby koniecznej;
 - 2) nieszczęśliwy wypadek, który był przyczyną urazu, zdarzył się przed dniem rozpoczęcia naszej ochrony.
- ### Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD
21. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, Twojego stanu zdrowia i leczenia, sporządzona przez eksperta medycznego;
 - 2) **ekspert medyczny** – działający poza Polską lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu Twojego zdrowia;
 - 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
 - 4) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w jego imieniu;
 - 5) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Tobą z ramienia placówki medycznej, w której poddałeś się leczeniu;
 - 6) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
 - 7) **pierwsza opinia medyczna** – orzeczenie o Twoim stanie zdrowia zawierające diagnozę oraz zalecenia dotyczące leczenia, wydane przez lekarza prowadzącego;
 - 8) **stany medyczne** – rozpoznanie lub zaistnienie jednego z poniższych stanów lub skierowanie na przeprowadzenie jednego z poniższych zabiegów operacyjnych:
- ### NEUROLOGIA
- a) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej u osoby powyżej 40. roku życia, 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, spożywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
 - b) choroba neuronu ruchowego – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
 - c) 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; skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej 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;

- d) choroby mielodysplastyczne – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato-, normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa lub onkologa;
- e) leczenie chirurgiczne padaczki – zabieg operacyjny z powodu padaczki;
- f) stwardnienie rozsiane – choroba przewlekła przebiegająca z okresami rzutów i remisji (minimum dwóch z okresem pomiędzy rzutami nie mniejszym niż 30 dni) lub o przebiegu postępującym, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
 - istnieniem deficytów neurologicznych, tj. wystąpieniem co najmniej dwóch objawów ubytkowych z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - wynikiem badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- g) udar mózgu – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wyczerpania krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicznych; wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego, następstwa urazów głowy; rozpoznanie choroby i trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego;

KARDIOLOGIA

- h) kardiomiopatia – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się w wyniku innych przyczyn niż miażdżycza naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady serca; rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę kardiologa w trakcie hospitalizacji;
- i) operacja chirurgiczna mająca na celu plastykę lub przeszczepienie zastawki serca z powodu choroby;
- j) operacja chirurgiczna mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia obejmuje także angioplastykę i inne zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach wieńcowych, wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- k) pierwszorazowe rozpoznanie nabytej choroby zastawki lub zastawek serca;
- l) pierwszorazowe rozpoznanie przez specjalistę kardiologa wrodzonej wady serca u osoby powyżej 18. roku życia;
- m) zawał serca – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
 - ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

ORTOPEDIA

- n) zabieg operacyjny wszczepienia protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu;

GINEKOLOGIA

- o) choroba zapalna narządu rodnego – choroby zapalne narządu rodnego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
- p) zaburzenia czynnościowe narządu rodnego – zaburzenia czynnościowe narządu rodnego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;

INNE POWAŻNE CHOROBY

- q) 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 przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- r) choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD) – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana w czasie Twojego życia przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania przez nas rozszczenia jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- s) choroba nowotworowa – 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 lekarza patomorfologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;
- t) choroba zapalna jelit – bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożytnicze lub nieswoiste zapalenie jelit powodujące najczęściej bóle brzucha, biegunkę, odwodnienie, niedokrwistość, wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
- u) cukrzyca – rozpoznanie przez specjalistę diabetologa choroby charakteryzującej się hiperglikemią, będącą następstwem zaburzeń w wydzielaniu lub działaniu insuliny, prowadzącą do późnych powikłań w obrębie narządu wzroku, nerek i naczyń krwionośnych;
- v) dystrofia mięśniowa – 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:
 - kąpiel lub prysznic,
 - ubieranie się lub rozbieranie,
 - jedzenie lub picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, za pomocą wózka inwalidzkiego lub o kulach;
- w) głuchota – 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;
- x) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne) – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznanej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV klasa według klasyfikacji NYHA (New York Heart Association); klasa IV według 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 szczególności jest związane z: chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatokowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:

- średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
- naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
- ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg;
- choroba musi być rozpoznana w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, na podstawie obowiązujących standardów medycznych i wyników badań dodatkowych, w tym cewnikowania serca;

- y) zapalenia z niewydolnością wątroby – z objawami trwałej żółtaczki, wodobrzuszem niepoddającym się leczeniu, żylakami przełyku i encefalopatią wątrobową;
- z) zapalenie mózgu – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
 - kąpiel lub prysznic,
 - ubieranie się lub rozbieranie,
 - jedzenie lub picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, za pomocą wózka inwalidzkiego lub o kulach;

POZOSTAŁE STANY MEDYCZNE

- za) choroby okulistyczne – zabieg operacyjny z powodu choroby narządu wzroku, z wyłączeniem leczenia zaćmy i wad wzroku;
- zb) endarterektomia tętnicy szyjnej – zabieg operacyjny tętnicy szyjnej z udrożnieniem jej światła celem poprawy przepływu w operowanym naczyniu;
- zc) guz lub inna patologia rdzenia kręgowego – zabieg operacyjny z powodu patologicznej, ogniskowej zmiany zlokalizowanej wewnątrzrdzeniowo, powodującej wystąpienie ubytku neurologicznego;
- zd) guz mózgu – każda tkanka chorobowa znajdująca się w jamie czaszki, skutkująca objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
- ze) infekcja wirusem HIV – pierwszorazowe stwierdzenie w surowicy krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV;
- zf) niewydolność nerek – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną;
- zg) operacja aorty brzusznej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- zh) operacja aorty piersiowej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;

- zi) przeszczep narządów – przeszczep jednego z następujących narządów: serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki oraz allogeniczna transplantacja szpiku kostnego;
 - zj) rozległe oparzenia:
 - II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, obejmujące co najmniej 50% całkowitej powierzchni ciała,
 - III stopnia, obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała;
 - zk) rozległe uszkodzenie ręki – uszkodzenie kończyny górnej skutkujące trwałą niezdolnością do wykonywania dotychczasowej pracy lub trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego: jedzenie, picie, ubieranie się, rozbieranie, mycie, korzystanie z toalety;
 - zl) schyłkowy okres niewydolności narządów – schyłkowa niewydolność jednego z następujących narządów: serca, płuc, wątroby, nerek, potwierdzona przez odpowiedniego specjalistę, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej terapii;
 - zm) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i substancji odurzających;
 - zn) utrata kończyny – utrata co najmniej jednej kończyny:
 - w obrębie kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu łokciowego,
 - w obrębie kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu kolanowego;
 - zo) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub uszkodzenia fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - zp) utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 9) uraz – naruszenie sprawności organizmu spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, który się zdarzył w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, i skutkujące:
- a) wszczępieniem protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu,
 - b) uszkodzeniem stożka rotatorów stawu ramiennie-łopatkowego,
 - c) przestawowym złamaniem miednicy ze złamaniem przedniej i/lub tylnej kolumny,
 - d) złamaniem wieloodłamowym bliższego końca kości udowej, ze złamaniem szyjki, przez- lub podkrętarzowym (trzy i więcej odłamów),
 - e) złamaniem wieloodłamowym, przestawowym przynasady i nasady dalszej kości udowej,
 - f) wieloodłamowym, przestawowym złamaniem przynasady i nasady bliższej piszczeli,
 - g) złamaniem wieloodłamowym, przestawowym przynasady i nasady dalszej piszczeli typu *pilon fracture*,
 - h) złamaniem wielomiejscowym kości długich – trzech i więcej.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–5, pkt 7, pkt 14, pkt 19, pkt 22, pkt 30, pkt 36
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 9–12, pkt 17, pkt 21, pkt 34–35

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 1/18/04/2023 z 18 kwietnia 2023 r., zmienił uchwałą nr 1/27/06/2023 z 27 czerwca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 lipca 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczeniem obejmujemy:
 - 1) rozpoznanie u Ciebie w okresie ochrony nowotworu, który został zdiagnozowany po raz pierwszy w życiu;
 - 2) Twój pobyt w szpitalu w celu leczenia nowotworu rozpoznanego u Ciebie w okresie naszej ochrony;
 - 3) Twoje leczenie specjalistyczne nowotworu rozpoznanego u Ciebie w okresie naszej ochrony.
3. Ubezpieczenie obejmuje pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie naszej ochrony.
4. Ubezpieczenie obejmuje Twoje leczenie specjalistyczne nowotworu, które rozpoczęło się w okresie naszej ochrony.

5. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenia zdrowotne.
6. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia możesz otrzymać w związku z rozpoznaniem nowotworu i jak z nich skorzystasz

7. Jeśli w okresie naszej ochrony zostanie u Ciebie rozpoznany nowotwór zgodny z definicją wskazaną w pkt 36 ppkt 4, wypłacimy Ci świadczenie. W zależności od rodzaju nowotworu wypłacimy świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu;
 - 2) 10% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu II lub nowotworu in situ (*Carcinoma in situ*).
8. Rodzaj nowotworu i datę jego rozpoznania ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej.
9. W przypadku rozpoznania co najmniej dwóch nowotworów złośliwych typu II o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, wypłacimy tylko jedno świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu II.
10. W przypadku nowotworów in situ wypłacimy tylko jedno świadczenie za rozpoznanie nowotworu in situ w każdej z dziewięciu kategorii od D00 do D09 (wg ICD-10).

Przykład 1

Jeśli rozpoznano u Ciebie czerniaka złośliwego (nowotwór złośliwy typu II, kategoria C43 wg ICD-10) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A, otrzymasz świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia. Jeśli zostaniesz wyleczony, a następnie czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A zostanie u Ciebie rozpoznany ponownie, to nie otrzymasz świadczenia.

Wypłacamy świadczenie tylko za pierwsze rozpoznanie nowotworu typu II.

11. Jeśli otrzymałeś świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu II lub nowotworu in situ, a następnie w okresie naszej ochrony nowotwór ten rozwinie się w nowotwór złośliwy typu I lub niezłośliwy guz mózgu, otrzymasz dopłatę świadczenia do wysokości 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.

Jeżeli wypłaciliśmy Ci świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, a następnie złożyłeś wniosek o wypłatę z tytułu rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu, za który przysługuje świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, wówczas otrzymasz dopłatę świadczenia do wysokości 100% sumy ubezpieczenia (tj. 100% sumy ubezpieczenia pomniejszone o wcześniejsze wypłaty).

12. Łączne świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu w okresie ochrony, bez względu na liczbę rozpoznanych nowotworów objętych zakresem ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu.
13. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania nowotworu potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenie możesz otrzymać w związku z pobytem w szpitalu w celu leczenia nowotworu i jak z niego skorzystasz

14. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu w celu leczenia nowotworu rozpoznanego u Ciebie w okresie naszej ochrony.
15. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
16. Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu.

17. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:

- 1) poza dany rok polisy lub
- 2) poza okres ochrony,

wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym Twój pobyt w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.

18. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu. Na Twój wniosek możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli Twój pobyt w szpitalu trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku dołącz wówczas dokument, którego treść potwierdzi dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia w szpitalu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenie możesz otrzymać w związku z leczeniem specjalistycznym nowotworu i jak z niego skorzystasz

19. Jeśli byłeś poddany leczeniu specjalistycznemu nowotworu, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tego tytułu, która będzie aktualna na dzień:
- 1) podania pierwszej dawki leku – w przypadku chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii, terapii celowanej;
 - 2) podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego – w przypadku radioterapii.
20. Wysokość świadczenia z tytułu leczenia specjalistycznego nowotworu potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
21. Jeśli w trakcie leczenia tego samego nowotworu zostaniesz poddany co najmniej dwóm procedurom specjalistycznym (np. dwie chemioterapie), wypłacimy Ci świadczenie tylko za jedną z nich.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia zdrowotne możesz otrzymać w związku z rozpoznaniem nowotworu i jak z nich skorzystasz

22. Jeśli przyznamy Ci świadczenie z tytułu rozpoznania nowotworu, otrzymasz dostęp do pakietu świadczeń zdrowotnych.
23. Ze świadczeń zdrowotnych możesz skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu wypłaty świadczenia w związku z rozpoznaniem nowotworu.
24. W ramach pakietu świadczeń zdrowotnych zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń wskazanych w tabeli:

Tabela świadczeń zdrowotnych

Rodzaj świadczenia	Opis świadczenia	Ile razy możesz z niego skorzystać
Teleopieka	teleopieka onkologiczna – konsultacje online z onkologiem między zaplanowanymi kontrolami; możesz z nich skorzystać, gdy zaostrzy się choroba, pojawią się nowe symptomy lub Twój stan zdrowia wymaga oceny i modyfikacji leczenia	bez limitu
	teleopieka psychologiczna – 60-minutowe konsultacje terapeutyczne online z psychologiem; z konsultacji może skorzystać osoba bliska ubezpieczonego, tj. współmałżonek, partner lub dzieci	6 sesji terapeutycznych
	teleopieka dietetyczna – konsultacje online z dietetykiem w zakresie ewentualnej zmiany nawyków żywieniowych i wdrożenia spersonalizowanego żywienia	6 konsultacji
	teleopieka farmaceutyczna – konsultacje online z farmaceutą w zakresie bezpiecznej farmakoterapii: jak prawidłowo stosować leki przepisane przez lekarza oraz leki bez recepty, weryfikacja połączenia leków zleconych przez różnych specjalistów, informacje dotyczące leków, suplementów diety, zamienników leków, możliwości nabycia tańszych leków, ocena wpływu odżywiania na przyjmowane leki	bez limitu
Stacjonarne wizyty specjalistyczne	stacjonarne wizyty u specjalistów: onkologa, hematologa, ginekologa, urologa, neurologa, pulmonologa, endokrynologa lub gastrologa	6 wizyt
Badania laboratoryjne	organizacja i pokrycie kosztów badań laboratoryjnych: morfologia z rozmazem, CRP, AFP, CEA, CA 50, CA 125, CA 15-3, CA 19-9, PSA całkowity, PSA wolny; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	bez limitu

Rodzaj świadczenia	Opis świadczenia	Ile razy możesz z niego skorzystać
Badania obrazowe	organizacja i pokrycie kosztów badań: ultrasonografia (USG), tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI); badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza specjalisty w ramach diagnostyki onkologicznej	3 badania
Zakup i dostarczenie leków	pokrycie kosztów leków na receptę i dostarczenie do Twojego miejsca pobytu	do kwoty 500 zł (maksymalnie w dwóch zleceniach)
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów transportu z Twojego miejsca pobytu do placówki medycznej, w której odbywają się świadczenia zdrowotne i z powrotem	4 transporty w ciągu 12 miesięcy (jeden transport oznacza jeden przejazd, np. z domu do placówki)
Wizyty domowe pielęgniarki	kompleksowa opieka oraz nadzór wraz z czynnościami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi; realizacja zabiegów pielęgnacyjnych, takich jak: pomiary ciśnienia, tętna, zakładanie kroplówek, zmiany opatrunków, iniekcje, cewnikowanie; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	10 wizyt
Concierge medyczny	pomoc w znalezieniu oferty, terminów i ustaleniu warunków pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych, które specjalizują się w rehabilitacji po incydentach onkologicznych	bez limitu

25. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, o ile nie wskażesz późniejszego terminu, wynosi:

- 1) dla konsultacji online – 3 dni robocze od dnia zgłoszenia potrzeby konsultacji;
- 2) dla wizyty stacjonarnej – 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia potrzeby wizyty.

26. Terminy, które podajemy w pkt 25 odnoszą się do konsultacji z dowolnym lekarzem danej specjalizacji, a nie do konsultacji z konkretnym lekarzem.

27. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

28. Miejsce i termin realizacji świadczenia możesz uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.

29. Abyśmy mogli zrealizować dla Ciebie świadczenie powinieneś:

- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzymasz od pracowników placówki medycznej.

30. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę, możesz skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.

31. Jeśli za naszą zgodą skorzystasz z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów, które poniosłeś, do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

32. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na www.uniqa.pl i w naszej siedzibie. Do wniosku dołącz wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

33. W ramach świadczeń stacjonarnych wizyt specjalistycznych możesz również skorzystać z konsultacji online z lekarzami specjalistami. Taka konsultacja pomniejsza limit stacjonarnych wizyt specjalistycznych.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

34. Nie przyznamy Ci świadczenia w przypadku nowotworów, które są wznową, progresją, przerzutem nowotworu rozpoznanego przed rozpoczęciem naszej odpowiedzialności z tytułu OWUD.

35. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych, które:

- 1) są następstwem niezalecanego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 2) są następstwem masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
- 3) współistnieją z infekcją HIV w momencie rozpoznania nowotworu.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–73 i 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

36. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy cytostatyków lub immunosupresantów według klasyfikacji ATC; leczenie powinno być zalecone przez onkologa lub hepatologa;
- 2) **hormonoterapia** – farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej; polega na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby;
- 3) **leczenie specjalistyczne nowotworu** – przeprowadzenie u Ciebie jednej z poniższych procedur medycznych:
 - a) chemioterapii,
 - b) radioterapii,
 - c) hormonoterapii,
 - d) terapii celowanej;
- 4) **nowotwór** obejmuje poniżej zdefiniowane jednostki:
 - a) **nowotwór złośliwy typu I** – choroba zakwalifikowana według ICD-10 w rozdziale „Nowotwory złośliwe” (C00–C97), z wyłączeniem nowotworów złośliwych typu II oraz nowotworów in situ (w tym także niewymagających zastosowania leczenia operacyjnego, radioterapii lub chemioterapii), która charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem komórek nowotworowych z możliwością naciekania zdrowych tkanek i zdolnością do tworzenia odległych przerzutów; do nowotworów złośliwych typu I zaliczamy także następujące nowotwory:
 - nowotwór złośliwy skóry (C44) w stadium zaawansowania nieoperacyjnym,

- czerniak złośliwy (C43) w stopniu zaawansowania wyższym niż 2A,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania równym lub wyższym niż T2N0M0 lub 6 punktów lub więcej w skali Gleasona,
 - nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67) w stopniu zaawansowania T1 oraz wyższym,
 - nowotwór złośliwy tarczycy (C73) o średnicy 2 cm lub więcej oraz w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 lub nowotwór złośliwy tarczycy typu anaplastycznego,
 - przewlekła białaczka limfatyczna (C91) w stopniu wyższym niż A (według klasyfikacji Bineta);
- b) **niezłośliwy guz mózgu** – guz mózgu zakwalifikowany według ICD-10 do kategorii D33, który nie jest złośliwy, rozpoznany przez lekarza neurologa lub lekarza neurochirurga; wymaga usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powoduje trwałe ubytki neurologiczne; zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- krwiaków,
 - ziarniaków,
 - cyst,
 - guzków szyszynki lub przysadki mózgowej,
 - malformacji naczyń mózgowych,
 - tętniaków;
- c) **nowotwór złośliwy typu II** – jedna z niżej wymienionych chorób, w przypadku której zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię:
- nowotwór złośliwy skóry (C44), z wyjątkiem nowotworu w stadium zaawansowania nieoperacyjnym,
 - czerniak złośliwy (C43) w stopniu zaawansowania równym lub niższym niż 2A,
 - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (C61) w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub poniżej 6 punktów w skali Gleasona,
 - nowotwór złośliwy pęcherza moczowego (C67) w stopniu zaawansowania Tis oraz Ta,
 - nowotwór złośliwy tarczycy (C73) o średnicy poniżej 2 cm oraz w stopniu zaawansowania T1N0M0, z wyjątkiem raka tarczycy typu anaplastycznego,
 - przewlekła białaczka limfatyczna (C91) w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta);
- d) **nowotwór in situ (*Carcinoma in situ*)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; w przypadku której zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię;

nasza ochrona obejmuje nowotwory in situ, które zostały zakwalifikowane według klasyfikacji ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” w jednej z kategorii:

- D00 – Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka,
- D01 – Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego,
- D02 – Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego,
- D03 – Czerniak in situ,
- D04 – Rak in situ skóry,
- D05 – Rak in situ piersi,
- D06 – Rak in situ szyjki macicy,
- D07 – Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych,
- D09 – Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu.

Nowotwory opisujemy na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. W razie wątpliwości będziemy brali pod uwagę klasyfikację ICD-10 z dnia wejścia w życie OWU.

- 5) **pobyt w szpitalu w celu leczenia nowotworu** – Twój pobyt w szpitalu, który:
- a) potwierdza dokumentacja medyczna,
 - b) jest liczony od 1. dnia,
 - c) związany jest z leczeniem nowotworu rozpoznanego w okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Cię do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba;
- 6) **radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- 7) **rozpoznanie nowotworu** – rozpoznanie nowotworu objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, które dokumentuje wynik badania histopatologicznego przeprowadzonego przez lekarza patomorfologa, a w przypadku niezłośliwego guza mózgu – rozpoznanie, które postawił lekarz neurolog lub neurochirurg i które jest potwierdzone wynikami badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny); za datę rozpoznania nowotworu złośliwego typu I lub II oraz nowotworu in situ przyjmujemy datę wyniku badania histopatologicznego, które potwierdza rozpoznanie; w przypadku niezłośliwego guza mózgu za datę rozpoznania przyjmujemy datę wskazaną w dokumentacji medycznej, która potwierdza w sposób jednoznaczny rozpoznanie niezłośliwego guza mózgu;
- 8) **terapia celowana** – spersonalizowana metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej na nieprawidłowe komórki nowotworowe bez naruszenia zdrowej tkanki.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–8, pkt 10, pkt 21, pkt 26, pkt 32, pkt 40, pkt 46
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 12–13, pkt 16–18, pkt 20, pkt 24, pkt 29–31, pkt 44–45

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczeniem obejmujemy:
 - 1) rozpoznanie u Ciebie po raz pierwszy choroby kardiologicznej, którą wymieniamy w pkt 3 od ppkt 1) do 4) lub wykonanie u Ciebie po raz pierwszy zabiegu, który wymieniamy w pkt 3 od ppkt 5) do 8);
 - 2) uszczerbek na Twoim zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, który wystąpił w okresie ochrony;
 - 3) Twój pobyt w szpitalu w celu leczenia choroby kardiologicznej rozpoznanej u Ciebie w okresie naszej ochrony;
 - 4) Twój pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w celu leczenia choroby kardiologicznej rozpoznanej u Ciebie w okresie naszej ochrony.
3. Naszą odpowiedzialnością obejmujemy wyłącznie te zabiegi i choroby kardiologiczne:
 - 1) udar mózgu;
 - 2) zawał serca;
 - 3) kardiomiopatię;
 - 4) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych;
 - 5) operację aorty brzusznej;
 - 6) operację aorty piersiowej;
 - 7) wymianę lub plastykę zastawki serca;
 - 8) transplantację mięśnia sercowego.
4. Definicję zabiegów i chorób kardiologicznych znajdziesz w pkt 46 ppkt 3).
5. Rozpoznanie choroby kardiologicznej oznacza:
 - 1) rozpoznanie w okresie ochrony choroby kardiologicznej, którą wymieniamy w pkt 3, zdiagnozowanej u Ciebie raz pierwszy w życiu;
 - 2) wykonanie w okresie ochrony zabiegu, który wymieniamy w pkt 3, przeprowadzonego u Ciebie po raz pierwszy w życiu.
6. Ubezpieczenie obejmuje pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie naszej ochrony.

7. Ubezpieczenie obejmuje pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym, który rozpoczął się w okresie naszej ochrony.
8. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o świadczenia zdrowotne.
9. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia możesz otrzymać w związku z rozpoznaniem choroby kardiologicznej i jak z nich skorzystasz

10. Jeśli w okresie naszej ochrony zostanie u Ciebie rozpoznana choroba kardiologiczna zgodna z definicją wskazaną w pkt 46 ppkt 3), wypłacimy Ci świadczenie w wysokości potwierdzonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
11. Rozpoznanie choroby kardiologicznej ustalamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca – na podstawie badań medycznych. Wykonasz je na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
12. Przyznamy Ci świadczenie pod warunkiem, że pozostaniesz przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania choroby kardiologicznej.
13. Świadczenie z tytułu rozpoznania choroby kardiologicznej w okresie ochrony nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu rozpoznania tej choroby, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób kardiologicznych lub przeprowadzonych zabiegów objętych zakresem ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia możesz otrzymać w związku uszczerbkiem na Twoim zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu i jak z nich skorzystasz

14. Za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia.
15. Wysokość świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
16. Wypłacimy świadczenie, jeżeli uszczerbek na zdrowiu wystąpił w ciągu sześciu miesięcy po dacie zawału serca lub udaru mózgu.
17. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu w ramach tych OWUD.
18. Procent uszczerbku na zdrowiu ustalamy:
 - 1) na podstawie dokumentacji medycznej oraz tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu; tabela jest załącznikiem do tych OWUD;
 - 2) po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, jednak nie wcześniej niż po dwóch miesiącach od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
19. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do lekarza, którego wskażemy, aby ustalić prawo do świadczenia lub jego wysokość.
20. Jeśli uszczerbek na zdrowiu dotyczy narządu, którego czynności były upośledzone przed zawałem serca lub udarem mózgu, wypłacimy Ci świadczenie pomniejszone o procent uszczerbku, jaki wynika z wcześniejszego upośledzenia czynności tego narządu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia możesz otrzymać w związku z pobytem w szpitalu w celu leczenia choroby kardiologicznej i jak z nich skorzystasz

21. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby kardiologicznej rozpoznanej u Ciebie w okresie naszej ochrony.
22. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie ubezpieczenia.
23. Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu.
24. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:
 - 1) poza dany rok polisy lub
 - 2) poza okres ochrony,
 wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym Twój pobyt w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
25. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu. Na Twój wniosek możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeżeli Twój pobyt w szpitalu trwa co najmniej 1 miesiąc. Do wniosku dołącz wówczas dokument, którego treść potwierdzi dotychczasową hospitalizację oraz konieczność dalszego leczenia w szpitalu.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenie możesz otrzymać w związku z pobytem w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w celu leczenia choroby kardiologicznej i jak z nich skorzystasz

26. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w celu leczenia choroby kardiologicznej rozpoznanej u Ciebie w okresie naszej ochrony.
27. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
28. Świadczenie wypłacimy Ci w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym.
29. Świadczenie wypłacimy Ci za maksymalnie 30 dni pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w danym roku polisy.
30. Wypłacimy Ci świadczenie, jeżeli pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym rozpoczął się w ciągu 30 dni od daty zakończenia pobytu w szpitalu w celu leczenia choroby kardiologicznej, za który przyznaliśmy Ci świadczenie.
31. Ochroną obejmujemy tylko stacjonarne i całodobowe pobyty w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia zdrowotne związane z rozpoznaniem choroby kardiologicznej

32. Jeśli przyznamy Ci świadczenie z tytułu rozpoznania choroby kardiologicznej, otrzymasz dostęp do pakietu świadczeń zdrowotnych.
33. Ze świadczeń zdrowotnych możesz skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu wypłaty świadczenia w związku z rozpoznaniem choroby kardiologicznej.
34. W ramach pakietu świadczeń zdrowotnych zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń wskazanych w tabeli:

Tabela świadczeń zdrowotnych

Rodzaj świadczenia	Opis świadczenia	Ile razy możesz z niego skorzystać
Teleopieka	teleopieka kardiologiczna – konsultacje online z kardiologiem między zaplanowanymi kontrolami u lekarza prowadzącego; możesz z nich skorzystać, gdy zaostrzy się choroba, pojawiają się nowe symptomy lub Twój stan zdrowia wymaga oceny i modyfikacji leczenia	bez limitu
	teleopieka psychologiczna – 60-minutowe konsultacje terapeutyczne online z psychologiem; z konsultacji może skorzystać osoba bliska ubezpieczonego, tj. współmałżonek, partner lub dzieci	6 sesji terapeutycznych
	teleopieka dietetyczna – konsultacje online z dietetykiem w zakresie ewentualnej zmiany nawyków żywieniowych i wdrożenia spersonalizowanego żywienia	6 konsultacji

Rodzaj świadczenia	Opis świadczenia	Ile razy możesz z niego skorzystać
Teleopieka	teleopieka farmaceutyczna – konsultacje online z farmaceutą w zakresie bezpiecznej farmakoterapii: jak prawidłowo stosować leki przepisane przez lekarza oraz leki bez recepty, weryfikacja połączenia leków zleconych przez różnych specjalistów, informacje dotyczące leków, suplementów diety, zamienników leków, możliwości nabycia tańszych leków, ocena wpływu odżywiania na przyjmowane leki	bez limitu
Stacjonarne wizyty specjalistyczne	stacjonarne wizyty u specjalistów: kardiologa, neurologa, kardiochirurga lub neurochirurga	6 wizyt
Badania laboratoryjne	organizacja i pokrycie kosztów badań laboratoryjnych: morfologia z rozmazem, CRP, kreatynina, sód, potas, ALAT, AspAT, glukoza, lipidogram (LDL, HDL, trójglicerydy, cholesterol całkowity), TSH, NT-proBNP; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	bez limitu
Badania czynnościowe	organizacja i pokrycie kosztów badań: EKG spoczynkowe, EKG – próba wysiłkowa, echo serca, Holter EKG, Holter RR; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	6 badań
Badania obrazowe	organizacja i pokrycie kosztów badań: USG tętnic szyjnych, USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza specjalisty w ramach diagnostyki kardiologicznej	3 badania
Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna	cykl zabiegów ambulatoryjnych, które zlecił lekarz kardiolog: fizykoterapia, kinezyterapia (treningi wytrzymałościowe o typie ciągłym na cyklometrze lub bieżni mechanicznej), treningi interwałowe, treningi oporowe, ćwiczenia ogólnousprawniające; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza kardiologa w warunkach ambulatoryjnych	40 zabiegów w cyklu
Transport medyczny	organizacja i pokrycie kosztów transportu z Twojego miejsca pobytu do placówki medycznej, w której odbywają się świadczenia zdrowotne i z powrotem	4 transporty (jeden transport oznacza jeden przejazd, np. z domu do placówki)
Wizyty domowe pielęgniarki	kompleksowa opieka oraz nadzór wraz z czynnościami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi; realizacja zabiegów pielęgnacyjnych, takich jak: pomiary ciśnienia, tętna, zakładanie kroplówek, zmiany opatrunków, iniekcje, cewnikowanie; badania realizowane są na podstawie skierowania od lekarza	10 wizyt
Concierge medyczny	pomoc w znalezieniu oferty, terminów i ustaleniu warunków pobytu w ośrodkach rehabilitacyjnych, które specjalizują się w rehabilitacji po incydentach kardiologicznych	bez limitu

35. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne, o ile nie wskażesz późniejszego terminu, wynosi:

- 1) dla konsultacji online – 3 dni robocze od dnia zgłoszenia potrzeby konsultacji;
- 2) dla wizyty stacjonarnej – 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia potrzeby wizyty.

36. Terminy, które podajemy w pkt 35 odnoszą się do konsultacji z dowolnym lekarzem danej specjalizacji, a nie do konsultacji z konkretnym lekarzem.

37. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.

38. Miejsce i termin realizacji świadczenia możesz uzgodnić wyłącznie przez infolinię medyczną.

39. Abyśmy mogli zrealizować dla Ciebie świadczenie powinieneś:

- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
- 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
- 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzymasz od pracowników placówki medycznej.

40. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę, możesz skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.

41. Jeśli za naszą zgodą skorzystasz z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci koszty konsultacji lekarzy specjalistów, które poniosłeś, do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zrealizujemy w 10 dni roboczych od dnia dostarczenia doku-

mentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

42. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek udostępniamy na uniqa.pl i w naszej siedzibie. Do wniosku dołącz wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

43. W ramach świadczeń stacjonarnych wizyt specjalistycznych możesz również skorzystać z konsultacji online z lekarzami specjalistami. Taka konsultacja pomniejsza limit stacjonarnych wizyt specjalistycznych.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

44. Przyznamy Ci świadczenie za rozpoznanie u Ciebie choroby kardiologicznej pod warunkiem, że pozostaniesz przy życiu przez co najmniej 14 dni od daty rozpoznania tej choroby.

45. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje zdarzeń ubezpieczeniowych, które są następstwem:

- 1) niezalecanego przez lekarza zażycia leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–73 i 77 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

46. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

1) **pobyt w szpitalu** – Twój pobyt w szpitalu, który jest:

- a) potwierdzony dokumentacją medyczną,
- b) liczony od pierwszego dnia,
- c) związany z leczeniem choroby kardiologicznej rozpoznanej u Ciebie w okresie ochrony,

pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Cię do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala; dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba;

2) **pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym** – Twój pobyt na oddziale rehabilitacyjnym w zakładzie opieki lecznictwa zamkniętego działającego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uznajemy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka, oddziału, pododdziału 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, domu opieki;

3) **choroby kardiologiczne to:**

a) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), które powoduje powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 2 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi być potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
- patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
- przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;

b) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą

99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

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

c) **kardiomiopatia** – upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, które skutkuje znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4. według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje kardiomiopatii w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków;

d) **pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie 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;

e) **operacja aorty brzusznej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, który polega na otwartym wszczępieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznacyniowych, które polegają na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów, które dotyczą jedynie odgałęzień aorty;

f) **operacja aorty piersiowej** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, który polega na otwartym wszczępieniu protezy naczyniowej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wewnątrznacyniowych, które polegają na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów, które dotyczą jedynie odgałęzień aorty;

g) **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; zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji wykonanych przy użyciu technik śródnaczyniowych;

h) **przeszczep serca** – przeszczepienie serca ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep serca.

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–18, 22–56, pkt 58–69, pkt 76
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 57, pkt 70–74

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje poważne stany chorobowe, spowodowane:
 - 1) chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy w okresie ochrony lub
 - 2) nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ochrony.
3. Jeśli zdiagnozowana zostanie u Ciebie po raz pierwszy choroba lub ulegniesz nieszczęśliwemu wypadkowi, które będą przyczyną przeprowadzenia jednego z zabiegów lub operacji z zakresu poważnego stanu chorobowego, lub zdiagnozowany zostanie u Ciebie po raz pierwszy nowotwór, który mieści się w zakresie poważnego stanu chorobowego, zapewnimy organizację i pokrycie kosztów:
 - 1) szybkiej diagnozy,
 - 2) drugiej opinii medycznej,
 - 3) opieki medycznej za granicą,
 - 4) opieki kontrolnej po leczeniu za granicą.

Świadczenia wskazane w pkt 1)–4) łącznie zwane są Medycyną bez Granic.

Okres realizacji świadczenia

– w jakim okresie możesz korzystać ze świadczeń

4. Zapewniamy realizację świadczeń wskazanych w pkt 3 ppkt 2–4 w okresie realizacji świadczenia. Jest to okres trzydziestu sześciu miesięcy, który rozpoczyna się:
 - 1) w pierwszym dniu pierwszej podróży w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli podróż rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) następnego dnia po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeśli poważny stan chorobowy został zdiagnozowany lub nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważny stan chorobowy, wydarzył się w okresie udzielania ochrony, a podróż w ramach opieki medycznej za granicą rozpoczęła się po zakończeniu okresu ochrony.
- Okres realizacji świadczenia ustalamy odrębnie dla każdej grupy poważnych stanów chorobowych.
5. Obowiązujący okres realizacji świadczenia to czas, kiedy zapewnimy organizację i pokrycie kosztów świadczeń, w odniesieniu do wszystkich zasadnych roszczeń, które dotyczą tej samej grupy poważnych stanów chorobowych.
 6. Jeśli okres realizacji świadczenia zakończył się, a jesteś hospitalizowany lub znajdujesz się pod opieką szpitala, zgodnie z warunkami wstępnego certyfikatu leczenia, zapewnimy pokrycie kosztów leczenia do następnego planowego powrotu do Polski zgodnie z ustalonym planem leczenia.

Further – to podmiot organizujący i realizujący na naszą rzecz świadczenia objęte zakresem tego ubezpieczenia. Pełną definicję znajdziesz w pkt 76 ppkt 3.

Poważny stan chorobowy

– jakie poważne stany chorobowe obejmujemy ubezpieczeniem

7. Poważne stany chorobowe, które obejmują ubezpieczenie, podzieliliśmy na 4 grupy – przedstawiamy je w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Grupa	Poważny stan chorobowy
1	<p>Nowotwór:</p> <ul style="list-style-type: none">– każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz naciekaniem tkanek;– każdy rak in situ, który nie przekracza błony podstawnej nabłonka i nie nacieka tkanek otaczających;– wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które na podstawie badań cytologicznych lub histologicznych zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none">– wszelkich nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS);– nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego, które zgodnie z badaniem histologicznym zostały sklasyfikowane jako naciekające poza zewnętrzną warstwę skóry (poza naskórek);– leczenia z wykorzystaniem terapii limfocytami CAR-T.
2	<p>Pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass), rewaskularyzacja mięśnia sercowego – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań konsultanta kardiologicznego w celu leczenia zwężenia lub niedrożności co najmniej jednego naczynia wieńcowego serca, polegający na wykonaniu omijającego przeszczepu naczyniowego.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: wszelkich zabiegów na tętnicach wieńcowych z zastosowaniem innych technik niż pomostowanie wieńcowe, np. angioplastyki balonowej czy stentów.</p> <p>Operacja naprawcza zastawki serca – zabieg operacyjny wykonany ze wskazań kardiologicznych, który polega na wymianie lub plastyce jednej lub więcej zastawek serca.</p>
3	<p>Zabieg neurochirurgiczny – dowolna operacja chirurgiczna mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych; leczenie operacyjne nowotworów łagodnych rdzenia kręgowego.</p>
4	<p>Przeszczep od żywego dawcy narządów – przeszczep jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu płata wątroby, płata płuc lub fragmentu trzustki z innego kompatybilnego żywego dawcy.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu:</p> <ul style="list-style-type: none">– który wynika z alkoholowej choroby wątroby;– z wykorzystaniem komórek macierzystych i auto-przeszczepu;– jeżeli jesteś dawcą na rzecz osoby trzeciej, która nie jest objęta tym ubezpieczeniem;– od zmarłego dawcy;– narządu, który został kupiony od dawcy. <p>Przeszczep szpiku kostnego – przeszczep szpiku kostnego lub komórek macierzystych z krwi obwodowej, które pochodzą od:</p> <ul style="list-style-type: none">– Ciebie (przeszczep autologiczny);– kompatybilnego żywego dawcy (przeszczep allogeniczny). <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu komórek macierzystych przy użyciu krwi pępowinowej.</p>

8. Jeśli poważny stan chorobowy w postaci nowotworu może być jednocześnie zakwalifikowany do grupy 2, 3 lub 4, to przyporządkujemy go do grupy 1.

Szybka diagnoza

– na czym polega to świadczenie i jak je realizujemy

9. Jeśli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej lekarz prowadzący Twoje leczenie wskaże w dokumentacji medycznej podejrzenie jednego z poważnych stanów chorobowych lub będzie to wynikało z Twojej dokumentacji medycznej, zapewnimy organizację i pokrycie kosztów:
- 1) konsultacji lekarzy specjalistów oraz
 - 2) badań diagnostycznych wskazanych w Katalogu badań diagnostycznych, aby zweryfikować podejrzenie poważnego stanu chorobowego.
10. Liczbę dostępnych konsultacji lekarzy specjalistów, limity oraz wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu badań diagnostycznych potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
11. Konsultacje lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.
12. Aby umówić miejsce i termin konsultacji lub badań, zadzwoń do Centrum Operacyjnego i podaj następujące dane:
- 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL albo w przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości wskazany w deklaracji,
 - 3) numer polisy,
- oraz dostarcz dokumentację medyczną, która zawiera szczegóły dotyczące podejrzenia poważnego stanu chorobowego przez lekarza prowadzącego. Niezbędne będzie też skierowanie od lekarza prowadzącego do lekarza specjalisty lub na badania diagnostyczne.
13. Czas oczekiwania na:
- 1) badania diagnostyczne – wynosi do 3 dni roboczych od zgłoszenia;
 - 2) konsultację lekarza specjalisty – wynosi do 5 dni roboczych od zgłoszenia.
- Świadczenia, o ile to możliwe, będą realizowane w miejscu i czasie preferowanym przez Ciebie.
14. Świadczenie obejmuje organizację i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych, które będą realizowane w okresie 12 miesięcy od daty udokumentowanego podejrzenia poważnego stanu chorobowego.

Katalog badań diagnostycznych

- 1) badanie grupy krwi
- 2) anty-HBs
- 3) anty-HCV
- 4) HIV
- 5) morfologia
- 6) OB
- 7) glukoza
- 8) insulina (stężenie)
- 9) kreatynina
- 10) ASPAT, ALAT, GGTP
- 11) TSH
- 12) fT₃
- 13) fT₄
- 14) bilirubina
- 15) mocznik
- 16) kwas moczowy
- 17) lipidogram (cholesterol całkowity, cholesterol HDL i LDL)
- 18) trójglicerydy
- 19) markery sercowe (troponina, kinaza kreatynowa, CK-MB mass, mioglobina)
- 20) elektrolity
- 21) GFR
- 22) K, Na, Ca, Mg, kwas foliowy, witaminy B₁₂, F, P
- 23) CRP

- 24) RP
- 25) elektroforeza
- 26) ogólne badanie moczu
- 27) białko całkowite
- 28) RM
- 29) INR
- 30) EKG
- 31) USG
- 32) TK
- 33) arteriografia
- 34) EEG
- 35) Doppler naczyń
- 36) audiogram
- 37) echo serca
- 38) EKG wysiłkowe
- 39) USG
- 40) RTG
- 41) EMG
- 42) koronarografia
- 43) endoskopia
- 44) kolonoskopia
- 45) sigmoidoskopia
- 46) enteroskopia
- 47) scyntygrafia
- 48) spirometria
- 49) gazometria
- 50) audiogram
- 51) cytologia
- 52) biopsja
- 53) rozmaz szpiku
- 54) badanie mikroskopowe
- 55) PAP
- 56) PSA
- 57) przeciwciała p. *Borrelia* – IgM
- 58) przeciwciała p. *Borrelia* – IgG
- 59) badanie kału na krew utajoną
- 60) markery nowotworowe
- 61) proteinogram
- 62) testy serologiczne
- 63) próba tuberkulinowa
- 64) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego
- 65) badanie bakteriologiczne (posiewy)

Druga opinia medyczna

– na czym polega to świadczenie i jak je realizujemy

15. Jeśli w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi u Ciebie poważny stan chorobowy, możesz uzyskać za pośrednictwem Further drugą opinię medyczną.
16. W ramach drugiej opinii medycznej ekspert medyczny przygotowuje raport na temat Twojego poważnego stanu chorobowego. Zrobi to na podstawie analizy dokumentacji medycznej, która zostanie przez Ciebie dostarczona.
17. W ramach drugiej opinii medycznej Further organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
 - 1) udzielenia Ci informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, która umożliwi przygotowanie raportu eksperta medycznego;
 - 2) w przypadkach uzasadnionych medycznie – ponownej oceny histopatologicznej, co oznacza wykonanie ponownych badań tkanek pobranych od Ciebie na podstawie diagnozy;
 - 3) tłumaczenia dokumentacji medycznej, która dotyczy Twojego stanu zdrowia i jest niezbędna do przygotowania raportu eksperta medycznego;
 - 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej ekspertowi medycznemu;

- 5) sporządzenia raportu eksperta medycznego, który zawiera:
 - a) opinię eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego leczenia,
 - b) propozycję dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego,
 - c) odpowiedzi na Twoje pytania dotyczące Twojego przypadku medycznego;
- 6) wydania raportu przez eksperta medycznego;
- 7) przetłumaczenia raportu eksperta medycznego na język polski;
- 8) udostępnienia Ci raportu eksperta medycznego.
18. Further sporządza drugą opinię medyczną raz w ramach jednego poważnego stanu chorobowego.
19. Aby uzyskać drugą opinię medyczną, powinieneś skontaktować się z infolinią, dzwoniąc pod numer telefonu podany w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, oraz podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL,
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 4) datę zdiagnozowania oraz rodzaj poważnego stanu chorobowego.
20. Jeśli Further pozytywnie zweryfikuje zgłoszenie, skontaktuje się z Tobą, aby poinformować o czynnościach i wymaganych dokumentach, które są niezbędne do przygotowania raportu eksperta medycznego.
21. Możesz zrezygnować z drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji Further ustala sposób leczenia poważnego stanu chorobowego na podstawie wiedzy i dokumentacji, którą uzyskał od Ciebie.

Świadczenie opieki medycznej za granicą

– na czym polega to świadczenie i jak je realizujemy

22. Further organizuje i pokrywa, wskazane w kolejnych punktach, koszty leczenia za granicą Polski poważnych stanów chorobowych, które objęliśmy ochroną i zostały zdiagnozowane u Ciebie w okresie udzielania ochrony. Further pokrywa koszty do wysokości sumy ubezpieczenia, którą wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
- #### **Koszty leczenia za granicą Polski**
23. Ubezpieczenie pokrywa koszty:
 - 1) Twojego pobytu w szpitalu:
 - a) zakwaterowania, wyżywienia i usług opiekuńczych, które świadczone są w okresie Twojej hospitalizacji, pobytu na oddziale lub na oddziale intensywnej terapii, a także na oddziale obserwacyjnym,
 - b) usług szpitalnych, w tym usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
 - c) dodatkowego łóżka związanego z pobylem w szpitalu osoby towarzyszącej, jeżeli szpital udostępnia taką usługę,
 - d) wykonania operacji na sali operacyjnej, w tym opieki anestezyjologicznej;
 - 2) Twojego pobytu w szpitalu ambulatoryjnym lub ośrodka pomocy, pod warunkiem że poniesione tam koszty byłyby objęte ubezpieczeniem w związku z Twoim pobylem w szpitalu;
 - 3) opieki lekarskiej, jeśli dotyczy badania, leczenia lub operacji;
 - 4) wizyt lekarskich podczas hospitalizacji;
 - 5) znieczulenia i podania środków znieczulających, pod warunkiem że są wykonywane przez anestezjologa;
 - 6) badań laboratoryjnych i diagnostycznych, zdjęć rentgenowskich, które wymagane są do przygotowania leczenia lub w jego trakcie: radioterapii, izotopów promieniotwórczych, chemioterapii, elektrokardiogramów, echokardiografii, mielogramów, elektroencefalogramów, angiogramów ultrasonograficznych, tomografii komputerowej i innych podobnych badań oraz zabiegów, niezbędnych w leczeniu poważnego stanu chorobowego i wykonywanych przez lekarza lub pod jego nadzorem;
 - 7) radioterapii – promieniowania wysokoenergetycznego w celu zmniejszenia nowotworów i zabijania komórek rakowych za pomocą promieni rentgenowskich, promieni gamma i naładowanych elektronów; to rodzaje promieniowania stosowane w leczeniu raka dostarczane przez urządzenie poza ciałem (radioterapia wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny

- umieszczone w ciele w pobliżu komórek rakowych (radioterapia wewnętrzna, brachyterapia);
- 8) chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na naprawie lub odbudowie struktury ciała uszkodzonej lub usuniętej w trakcie leczenia za granicą, w celu skorygowania utraconej funkcji;
 - 9) leczenia powikłań lub działań niepożądanych bezpośrednio związanych z procedurami medycznymi zastosowanymi w ramach opieki medycznej za granicą, wymagających natychmiastowej pomocy medycznej w szpitalu lub w innej placówce medycznej i niezbędnych, zanim zostaniesz uznany za zdolnego do podróży do Polski po zakończeniu leczenia za granicą;
 - 10) transfuzji krwi, osocza i podawania surowicy;
 - 11) związane z terapiami z wykorzystaniem tlenu, ze stosowaniem rozwiązań dożylnych, jak również iniekcji;
 - 12) leków przepisanych przez lekarza po hospitalizacji związanej z leczeniem poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ciebie za granicą Polski w ciągu 30 dni od dnia zakończenia procesu leczenia, pod warunkiem że leki te zostały zakupione przed powrotem do Polski;
 - 13) transferu i transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym, pod warunkiem że został on zalecony przez lekarza oraz zaakceptowany i zorganizowany przez Further;
 - 14) związane z hospitalizacją dawcy w przypadku przeszczepu od tego dawcy, w szczególności koszty:
 - a) analizy i testu przeprowadzonego w celu zidentyfikowania odpowiedniego dawcy spośród członków Twojej rodziny,
 - b) usług szpitalnych świadczonych na rzecz dawcy, w tym zakwaterowania w szpitalu, posiłków, opieki pielęgniarskiej i pozostałego personelu medycznego, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych obiektów szpitalnych (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane podczas procesu pobierania narządu lub tkanki do przeszczepu),
 - c) operacji i usług medycznych, które są związane z pobraniem narządu lub części narządu dawcy dla Ciebie;
 - 15) świadczeń medycznych i materiałów wykorzystanych w związku z przeszczepieniem Ci szpiku kostnego, pod warunkiem że były one poniesione za granicą Polski, po dacie wskazanej we wstępnym certyfikacie leczenia.
 24. Jeśli jakkolwiek siła wyższa, ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwiają Further organizowanie opieki medycznej za granicą, Further zorganizuje leczenie i pokryje koszty świadczeń w Polsce. Chodzi o świadczenia wymienione w pkt 23, pod warunkiem że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają organizacji równoważnych i medycznie uzasadnionych świadczeń w Polsce. Opieka medyczna w Polsce będzie dostępna tylko do czasu, gdy Further będzie w stanie zorganizować opiekę medyczną za granicą.

Koszty podróży lub transportu medycznego wraz z osobą towarzyszącą lub dawcą
 25. Further organizuje i pokrywa koszty podróży Twojej oraz osoby towarzyszącej i dawcy w przypadku przeszczepu poza granicami Polski, o ile wiążą się z Twoim leczeniem w zagranicznej placówce medycznej, którą Further wskazał we wstępnym certyfikacie leczenia. Further pokrywa także koszty podróży powrotnej do Polski.
 26. Further jest odpowiedzialny za ustalenie daty podróży na podstawie uzgodnionego planu leczenia. Informacje o terminach otrzymasz w taki sposób, abyś miał wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych czynności osobistych.
 27. Jeśli bez uzasadnienia medycznego, bez ważnego powodu osobistego lub bez uzgodnienia z Further zmienisz datę podróży, Further zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ciebie o zwrot kosztów, które powstały w związku ze zmianą terminu podróży.
 28. Koszty podróży lub transportu medycznego obejmują:
 - 1) transport z miejsca Twojego pobytu na międzynarodowe lotnisko lub dworzec kolejowy, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport;
 - 2) bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transport do wskazanego hotelu;
 - 3) transport z wyznaczonego hotelu lub szpitala na lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy;
 - 4) bilet kolejowy lub lotniczy w klasie ekonomicznej oraz transport do miejsca Twojego pobytu.
 29. Jeśli jest to uzasadnione medycznie, Further organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego ambulansem naziemnym lub powietrznym.
 30. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów regularnych przejazdów między hotelem a placówką medyczną oraz przejazdów do lekarza prowadzącego.
 31. Termin powrotu Further ustala w porozumieniu z Twoim lekarzem prowadzącym, który stwierdza, czy jesteś zdolny do podróży.

Koszty zakwaterowania
 32. Further organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Twojego i osoby towarzyszącej oraz dawcy w przypadku przeszczepu w związku z ich pobytem w miejscu leczenia Twojego poważnego stanu chorobowego poza terytorium Polski.
 33. Further ustala okres zakwaterowania w hotelu na podstawie uzgodnionego planu leczenia.
 34. Further zapewnia zakwaterowanie w pokoju dwuosobowym w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, w tym śniadanie. O wyborze hotelu decyduje Further na podstawie odległości od szpitala lub od lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km. Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe, nawet na Twój koszt.
 35. Posiłki (z wyjątkiem śniadania) i inne koszty dodatkowe związane z pobytem w hotelu nie są pokrywane w ramach ubezpieczenia.

Koszty przewiezienia zwłok Twoich lub dawcy
 36. Further organizuje i pokrywa koszty repatriacji zwłok Twoich lub dawcy do miejsca pochówku na terytorium Polski, jeżeli śmierć Twoja lub dawcy nastąpi podczas organizowanego przez Further procesu leczenia za granicą Polski.
 37. Koszty repatriacji zwłok obejmują koszty zakupu trumny przewozonej i balsamowania zwłok oraz koszty transportu do Polski.

Świadczenie za pobyt w szpitalu
 38. Further wypłaci Ci świadczenie za każdy dzień hospitalizacji podczas leczenia za granicą Polski, w wysokości, którą potwierdziliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
 39. Further wypłaci świadczenie za okres maksymalnie 60 dni na każdy poważny stan chorobowy.

Świadczenie opieki medycznej za granicą
 40. Jeżeli chcesz skorzystać z opieki medycznej za granicą, skontaktuj się z nami telefonicznie lub mailowo.
 41. Further poinformuje Cię o kolejnych krokach niezbędnych do weryfikacji poważnego stanu chorobowego, w tym o konieczności dostarczenia wymaganej dokumentacji medycznej.
 42. Jeżeli zdecydowałeś się na uzyskanie drugiej opinii medycznej, proces uzyskania raportu eksperta medycznego musi zakończyć się przed rozpoczęciem organizacji opieki medycznej za granicą.
 43. Po weryfikacji dokumentacji medycznej zostaniesz poinformowany, czy poważny stan chorobowy jest objęty ochroną.
 44. Jeżeli rozważasz leczenie za granicą, Further zweryfikuje okres realizacji świadczenia. Może to skutkować jednym z następujących scenariuszy:
 - 1) pełna dostępność – brak zgłoszonego wcześniej roszczenia z tytułu poważnego stanu chorobowego z danej grupy; Further potwierdzi pełny obowiązujący okres realizacji świadczenia;
 - 2) częściowa dostępność – to skutek wcześniejszej organizacji i poniesienia kosztów leczenia za granicą z poprzedniego roszczenia w ramach poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy; Further wskaże dostępny okres realizacji świadczenia;
 - 3) wygaśnięcie obowiązującego okresu realizacji świadczenia – w związku z upływem 36 miesięcy od:
 - a) dnia pierwszej podróży w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli dotyczyła poważnego stanu chorobowego z tej samej grupy, której dotyczy obecnie zgłaszane roszczenie, lub
 - b) następnego dnia po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeśli poważny stan chorobowy został zdiagnozowany lub nieszczęśliwy wypadek, który spowodował poważny stan chorobowy, wydarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a podróż w ramach opieki medycznej za granicą rozpoczęła się po zakończeniu okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Przykład

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie nowotwór i byłeś objęty ochroną w momencie wyjazdu na leczenie za granicą, to okres 36 miesięcy liczymy od pierwszego dnia Twojej pierwszej podróży na leczenie za granicą.

Jeśli wystąpi u Ciebie ponownie poważny stan chorobowy z tej samej grupy, czyli nowotwór:

1) przed upływem 36 miesięcy od daty pierwszej podróży, to będziesz mógł korzystać ze świadczeń do upływu 36 miesięcy. Jeśli okres ten minie, kiedy będziesz w trakcie hospitalizacji za granicą, to pokryjemy koszty Twojego leczenia do następnego planowego powrotu do Polski zgodnie z ustalonym planem leczenia;

po upływie 36 miesięcy nie będziesz już miał prawa do żadnych świadczeń związanych z tą grupą poważnych stanów chorobowych;

2) po upływie 36 miesięcy od daty wskazanej powyżej nie będziesz miał prawa do świadczeń w zakresie tej grupy poważnych stanów chorobowych.

Jeśli wystąpi u Ciebie poważny stan chorobowy z innej grupy niż nowotwór, np. rewaskularyzacja mięśnia sercowego, okres realizacji świadczenia będziemy liczyć od nowa dla tej grupy.

45. Further przedstawi propozycję 3 rekomendowanych ośrodków medycznych, które są w stanie podjąć się Twojego leczenia. Nie przedstawi jej jednak, jeśli wygaśnie obowiązujący okres realizacji świadczenia.
46. Gdy wybierzesz jeden z ośrodków medycznych, Further rozpocznie organizację leczenia w danej placówce oraz realizację pozostałych świadczeń, o ile leczenie rozpocznie się przed upływem okresu realizacji świadczenia. Otrzymasz plan leczenia i wstępny certyfikat leczenia.
47. Further wydaje listę zalecanych szpitali i wstępny certyfikat leczenia na podstawie Twojego aktualnego stanu zdrowia. Oba dokumenty są ważne 3 miesiące, ponieważ Twój stan zdrowia może z czasem ulec zmianie.
48. Jeśli nie zdecydujesz się na żaden z zaproponowanych szpitali lub nie rozpoczniesz leczenia w wybranym szpitalu w ciągu 3 miesięcy od wystawienia wstępnego certyfikatu leczenia, Further może przedstawić nową listę zalecanych szpitali i tym samym nowy wstępny certyfikat leczenia na podstawie Twojego bieżącego stanu zdrowia.
49. Further przed Twoim wyjazdem za granicę Polski w celu leczenia poważnego stanu chorobowego wypłaci Ci świadczenie w wysokości 50% świadczenia z tytułu hospitalizacji. W kalkulacji wysokości świadczenia Further uwzględni szacowaną liczbę dni, na jaką planowana jest hospitalizacja.
50. Further wypłaci pozostałą część świadczenia pieniężnego z tytułu hospitalizacji w cyklach tygodniowych, pod koniec każdego tygodnia hospitalizacji za granicę Polski.

Opieka kontrolna po leczeniu za granicą – na czym polega to świadczenie i jak je realizujemy

51. Po zakończeniu leczenia za granicą Further zapewni zwrot kosztów zakupu leków po powrocie do Polski oraz wsparcie w ramach kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
52. Aby otrzymać zwrot kosztów poniesionych na leki na terenie Polski oraz opiekę kontrolną, prześlij do Further kopię recepty oraz fakturę na adres podany w formularzu zgłoszenia roszczenia.
53. Jeśli Twój ostateczny powrót do Polski nastąpi przed końcem obowiązującego okresu realizacji świadczenia, Further przedstawi Ci wytyczne, jak korzystać ze świadczeń pokrycia kosztów zakupu leków i opieki kontrolnej po powrocie z leczenia za granicą. Wytyczne będą wynikać z rekomendacji międzynarodowego lekarza.

Zwrot kosztów leków po powrocie do Polski

54. Jeśli byłeś hospitalizowany za granicą Polski w ramach procesu leczenia organizowanego przez Further przez okres dłuższy niż 3 dni, Further zrefunduje Ci koszty, które poniosłeś na zakup leków po powrocie na terytorium Polski.
55. Zwrot kosztów dotyczy leków:
 - 1) zaleconych przez lekarza prowadzącego leczenie za granicą Polski jako kontynuacja prowadzonego leczenia;
 - 2) wydanych przez licencjonowanego farmaceutę;
 - 3) przepisanych przez lekarza pracującego w Polsce;

- 4) kupionych w Polsce;
 - 5) przepisanych w dawce pozwalającej na przyjmowanie leku przez okres nie dłuższy niż dwa miesiące;
 - 6) których recepty zostały wydane przed końcem obowiązującego okresu realizacji świadczenia.
56. Jeśli lek kupujesz w Polsce, to sam organizujesz kupienie go i płacisz za niego. Further zwróci Ci poniesione koszty na podstawie otrzymanych dokumentów: kopii recepty, faktury i dowodu zapłaty.
 57. Ubezpieczeniem nie są objęte koszty:
 - 1) leków finansowanych w części lub w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
 - 2) procedur medycznych związanych z podawaniem leków;
 - 3) leków kupionych poza Polską.
 58. Jeżeli koszty zakupu leków zostały częściowo sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wniosek o zwrot poniesionych kosztów na zakup leków powinien wyraźnie rozróżniać koszty, które zostały sfinansowane przez Ciebie.
 59. Ubezpieczenie pokryje koszty leków kupionych poza Polską, w przypadku gdy Further potwierdzi, że zalecany lek lub zamienny lek o podobnej skuteczności:
 - 1) nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce, lub
 - 2) nie jest dostępny na terenie Polski.

W takim przypadku Further zorganizuje dla Ciebie podróż na zasadach określonych dla opieki medycznej za granicą.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

60. Po zakończeniu leczenia za granicą i powrocie do Polski Further zwróci Ci koszty, które wynikają z planu kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą i które poniosłeś w Polsce.
61. Further poniesie koszty wszelkich badań diagnostycznych lub monitorowania/nadzoru stanu zdrowia (przez lekarza posiadającego specjalistyczną wiedzę dotyczącą leczonej choroby) po leczeniu za granicą, które zastosowano w celu ustalenia, czy Twój stan zdrowia ulega lub może ulec pogorszeniu lub czy pojawiają się jakieś powikłania leczonej choroby. Opieka kontrolna po leczeniu za granicą ma zapobiegać powtórzeniu lub nawrotom tej samej choroby.
62. Plan opieki kontrolnej opracuje lekarz prowadzący leczenie za granicą. W planie lekarz wskaże odstępy czasu i rodzaje procedur diagnostycznych, które należy wykonać.
63. Further zwróci Ci koszty, jeżeli:
 - 1) opieka kontrolna zostanie przeprowadzona w jednym ze szpitali wskazanych przez Further, oraz
 - 2) leczenie w ramach ustalonego przez Further planu jest dostępne w Polsce w czasie i w sposób niezbędny do bieżącej kontroli, oraz
 - 3) kontrola stanu zdrowia jest wykonywana zgodnie z zaleceniami międzynarodowego lekarza, który leczył Cię za granicą, oraz
 - 4) przedstawione faktury związane z kontrolą stanu zdrowia mają datę wcześniejszą niż koniec obowiązującego okresu realizacji świadczenia.
64. Ty organizujesz i opłacasz opiekę kontrolną.
65. Further zwróci Ci poniesione koszty po otrzymaniu faktury lub rachunku i dowodu wpłaty.
66. Jeżeli lekarz prowadzący kontrolę Twojego stanu zdrowia stwierdzi, że plan leczenia, który został początkowo ustalony przez lekarza międzynarodowego, nie odpowiada obecnemu stanowi Twojego zdrowia, może ustalić inny plan kontynuacji leczenia. Nowy plan musi zostać zweryfikowany i zaakceptowany przez lekarza międzynarodowego.
67. Further zwróci koszty opieki kontrolnej, które nie zostały sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
68. Wniosek o zwrot kosztów powinien wyraźnie odróżniać koszty poniesione bezpośrednio przez Ciebie od części, która jest objęta dofinansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia.
69. Further zorganizuje opiekę kontrolną za granicą na Twój wniosek oraz jeśli warunki w pkt 62 i 63 ppkt 3 i 4 są nadal spełnione. W takiej sytuacji:
 - 1) opieka kontrolna będzie przeprowadzona przez międzynarodowego lekarza, którzy leczyli Cię w ramach opieki medycznej za granicą;

- 2) Further pokryje koszty leczenia związane z konsultacjami lekarskimi i badaniami diagnostycznymi;
- 3) Further pokryje koszty związane z kontrolą stanu zdrowia za granicą na zasadach obowiązujących w ramach opieki medycznej za granicą.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

Wyłączenia ogólne

70. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:
 - 1) leczeniem chorób nieobjętych ubezpieczeniem;
 - 2) chorobami lub urazami powstałymi w wyniku wojen, aktów terrorizmu, ruchów sejsmicznych, zamieszek, rozruchów, powodzi, wybuchów wulkanów, a także konsekwencji reakcji jądrowych lub katastroficznych, jak również związanymi z oficjalnie ogłoszonymi epidemiami;
 - 3) niezaleconym przez lekarza zażyciem przez Ciebie leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
 - 4) leczeniem konsekwencji wynikających z prób samobójczych lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę;
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa.
71. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie organizuje i nie pokrywa kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli:
 - 1) w momencie rozpoznania poważnego stanu chorobowego nie miałeś stałego miejsca zamieszkania w Polsce, oraz
 - 2) w ciągu 12 miesięcy przed rozpoznaniem poważnego stanu chorobowego przebywałeś na terytorium Polski przez okres krótszy niż 183 dni, chyba że powodem pobytu poza terytorium Polski było korzystanie ze świadczeń z tytułu niniejszej umowy.

Wyłączenia medyczne

72. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:
 - 1) eksperymentalnym leczeniem, jak również tymi procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo nie zostało udowodnione naukowo;
 - 2) procedurami medycznymi wymaganymi w związku z AIDS, HIV lub w związku z chorobami związanymi z tymi chorobami (w tym mięsak Kaposiego) lub leczeniem AIDS lub HIV;
 - 3) usługami, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia poważnego stanu chorobowego;
 - 4) opłatami za organizację leczenia i leczenie poważnych stanów chorobowych objętych ubezpieczeniem sposobem innym niż rekomendowany w raporcie eksperta medycznego, jeżeli w raporcie eksperta medycznego rekomendowanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu;
 - 5) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń lub leczenia związanego z komplikacjami po transplantacji objętej zakresem ubezpieczenia, ale nieprzeprowadzonej w ramach opieki medycznej za granicą; wyłączenie, o którym mowa w niniejszym punkcie, nie ma zastosowania do sytuacji wskazanej w postanowieniu pkt 23 ppkt 9.
73. Nie ponosimy odpowiedzialności i w związku z tym Further nie organizuje i nie pokrywa kosztów opieki medycznej za granicą ani kosztów związanych z pozostałymi świadczeniami, jeżeli przed procesem weryfikacji roszczenia, w jego trakcie lub po:
 - 1) nie postępujesz zgodnie z zaleceniami lub planem leczenia ustalonym przez lekarza prowadzącego, lub
 - 2) odmawiasz poddania się leczeniu, dodatkowej analizie diagnostycznej lub testom niezbędnym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia.

Wydatki nieobjęte ubezpieczeniem

74. Nie ponosimy odpowiedzialności w związku z:
 - 1) wydatkami poniesionymi na organizację i pokrycie kosztów leczenia w Polsce, z wyjątkiem zakupu leków po powrocie do Polski oraz opieki kontrolnej po leczeniu za granicą – nie dotyczy to organizacji leczenia w Polsce zgodnie z postanowieniem pkt 24;

- 2) kosztami poniesionymi przed datą wskazaną we wstępnym certyfikacie leczenia;
- 3) kosztami poniesionymi w innym szpitalu niż ten, do którego zostałeś skierowany;
- 4) kosztami poniesionymi w związku z pościem oraz opieką domową związaną z rekonwalescencją, pobytem w domu opieki zdrowotnej lub usługami świadczonymi w ośrodku rekonwalescencji lub podobnej instytucji, uzdrowisku, hospicjum lub domu starców;
- 5) kosztami poniesionymi na zakup lub wynajem dowolnego typu protezy lub przyrządów ortopedycznych, protez zębowych, gorsetów, bandaży, kul, sztucznych członków lub organów, peruk, obuwia ortopedycznego, urządzeń lub przedmiotów, z wyjątkiem protez piersi – po mastektomii, i protez zastawek serca, wymaganych w związku z operacją wykonaną w ramach świadczenia opieki medycznej za granicą;
- 6) kosztami kupna lub wynajmu wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i wszelkich innych podobnych przedmiotów lub sprzętu;
- 7) kosztami poniesionymi na organizację leczenia i leczenie z wykorzystaniem terapii genowej, terapii komórkami somatycznymi, inżynierii tkankowej i terapii CAR-T;
- 8) leczeniem alternatywnym, a także procedurami diagnostycznymi, terapeutycznymi lub chirurgicznymi, których bezpieczeństwo i niezawodność nie zostały powszechnie uznane przez międzynarodową społeczność naukową;
- 9) lekami, które nie zostały wydane przez licencjonowanego farmaceutę lub które są dostępne bez recepty;
- 10) organizacją i pokryciem kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego, nawet jeśli zostało przepisane lub zalecone przez lekarza podczas leczenia poważnego stanu chorobowego;
- 11) organizacją i pokryciem kosztów leczenia wszystkich chorób spowodowanych procedurami medycznymi zorganizowanymi i opłaconymi przez Further, z wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została sklasyfikowana jako poważny stan chorobowy; wyłączenie, o którym mowa w niniejszym podpunkcie, nie ma zastosowania do sytuacji wskazanej w postanowieniu pkt 23 ppkt 9;
- 12) przypadkami, gdy poza leczeniem w ramach opieki medycznej za granicą istnieje potrzeba leczenia związanego z demencją lub zaburzeniami funkcji poznawczych, niezależnie od stanu ich zaawansowania, lub w związku z porodem lub pościem;
- 13) kosztami poniesionymi na tłumacza, z wyjątkiem tłumaczenia zorganizowanego przez Further, dotyczącego procesu leczenia prowadzonego w ramach opieki medycznej za granicą;
- 14) kosztami poniesionymi na rozmowy telefoniczne oraz opłaty w odniesieniu do przedmiotów osobistego użytku lub które nie są natury medycznej, lub z tytułu usług świadczonych osobie towarzyszącej;
- 15) kosztami poniesionymi przez Ciebie lub krewnych, towarzysza podróży, z wyjątkiem kosztów wyraźnie objętych ubezpieczeniem;
- 16) organizacją i pokryciem kosztów znalezienia dawcy poza członkami Twojej rodziny;
- 17) pokryciem kosztów świadczeń, jeżeli nie są one organizowane przez Further;
- 18) jakimikolwiek wydatkami poniesionymi poza obowiązującym okresem realizacji świadczenia;
- 19) leczeniem długoterminowych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapia, rehabilitacja ruchowa oraz terapia językowa i mowy);
- 20) organizacją i pokryciem kosztów świadczeń dostępnych w ramach opieki medycznej za granicą, jeśli nie możesz wyjechać z powodu niespełnienia przez Ciebie obowiązku wizowego kraju, w którym znajduje się wybrana przez Ciebie placówka medyczna;
- 21) świadczeniem opieki zdrowotnej, które nie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia poważnego stanu chorobowego;
- 22) kosztami z tytułu zakwaterowania lub transportu zorganizowanego samodzielnie przez Ciebie, towarzysza podróży lub dawcę.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

75. Poza przypadkami wskazanymi w pkt 28–32 OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tych OWUD, tj. z tytułu szybkiej diagnozy, drugiej opinii medycznej, opieki medycznej za granicą, opieki kontrolnej po leczeniu za granicą, względem Ciebie wygasa z dniem wykorzystania sum ubezpieczenia.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

76. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, która zajmuje się organizacją oraz realizacją konsultacji lekarzy specjalistów i badań diagnostycznych, które mają na celu potwierdzenie wstępnej diagnozy; numer telefonu do Centrum Operacyjnego znajduje się w polisie lub w dokumencie umowy ubezpieczenia;
- 2) **ekspert medyczny** – lekarz działający za granicą Polski, wyznaczony do współpracy w celu sporządzenia raportu; jego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice Twojego stanu zdrowia;
- 3) **Further** – Further Underwriting International S.L.U., podmiot organizujący i realizujący na naszą rzecz świadczenia objęte zakresem ubezpieczenia;
- 4) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu znajdującym się za granicą Polski, trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny;
- 5) **inżynieria tkankowa** – postępowanie z użyciem zmodyfikowanych komórek lub tkanek, które wykorzystuje się do naprawy, regeneracji lub wymiany tkanki ludzkiej;
- 6) **konsultant kardiologiczny** – lekarz specjalista, który jest oficjalnie uznawany za kardiologa przez lokalną komisję lekarską w zakresie diagnozowania oraz leczenia chorób serca i naczyń krwionośnych;
- 7) **leczenie eksperymentalne** – leczenie, procedura, przebieg leczenia, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny przeznaczone do użytku medycznego lub chirurgicznego, które:
 - a) nie zostały powszechnie zaakceptowane jako bezpieczne, skuteczne i odpowiednie w leczeniu chorób lub urazów przez różne organizacje naukowe uznane przez międzynarodową społeczność medyczną, lub
 - b) które są przedmiotem badań, testów lub znajdują się na dowolnym etapie eksperymentów klinicznych;
- 8) **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;
- 9) **leki** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ci w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji funkcji fizjologicznych organizmu, poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy; możliwe do uzyskania wyłącznie na receptę wystawioną przez lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; lekiem jest również zamiennik wskazanego w receptce leku, jeżeli ma te same składniki aktywne, siłę i dawkowanie;
- 10) **medycyna alternatywna** – metoda leczenia, praktyka lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które obecnie nie są uważane za część medycyny konwencjonalnej lub standardowych metod leczenia, w tym między innymi: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;

- 11) **niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi opieki zdrowotnej lub zaopatrzenie, które są:

- a) przepisane Ci w celu leczenia poważnego stanu chorobowego, oraz
- b) uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych po przebyciu leczenia według planu leczenia, zgodne pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania z diagnozą oraz opublikowaną recenzowaną literaturą medyczną (jak PubMed) lub naukowo popartymi wytycznymi USA, Wielkiej Brytanii i Europy (w szczególności NCCN – wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do raka), i
- c) opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, które dają podobne wyniki, w tym brak leczenia, oraz
- d) wymagane z powodów innych niż wygoda Twoja lub Twojego lekarza;

Further dokonuje oceny, czy leczenie z medycznego punktu widzenia jest niezbędne, uwzględniając zakres ubezpieczenia, rekomendację eksperta zawartą w drugiej opinii medycznej, a także we współpracy z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą, zgodnie z literaturą medyczną i wytycznymi medycznymi określonymi w lit. b);

- 12) **placówka medyczna** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa podmiot leczniczy, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej, całodziennej lub doraźnej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za placówkę medyczną nie uznajemy: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków lub leków, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa;
- 13) **proteza** – urządzenie, które zastępuje całość lub część narządu lub zastępuje całość lub część upośledzonej jego funkcji;
- 14) **terapia genowa** – postępowanie z zastosowaniem genów, które powodują efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny; polega na wstawieniu rekombinowanych genów do organizmu, zwykle w celu leczenia różnych chorób, w tym zaburzeń genetycznych, raka lub chorób przewlekłych; rekombinowany gen to odcinek DNA lub RNA, który jest tworzony w laboratorium poprzez łączenie DNA lub RNA z różnych źródeł;
- 15) **terapia komórkami somatycznymi** – postępowanie z zastosowaniem genów komórek lub tkanek, które poddano modyfikacji w celu zmiany ich właściwości biologicznych, lub komórek albo tkanek nieprzeznaczonych do stosowania w tych samych podstawowych funkcjach w ciele; mogą być stosowane do leczenia, diagnozowania lub zapobiegania chorobom;
- 16) **terapia limfocytami CAR-T (terapia z użyciem limfocyta T z chimerycznymi receptorami antygenowymi)** – rodzaj leczenia, w którym limfocyty T pacjenta (rodzaj komórek układu odpornościowego) są modyfikowane w laboratorium, aby zaatakowały komórki rakowe; komórki T są pobierane z krwi pacjenta;
- 17) **Ty** – ubezpieczony, osoba fizyczna posiadająca miejsce stałego zamieszkania w Polsce, która w dniu przystąpienia do OWUD ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 65. roku życia;
- 18) **wstępny certyfikat leczenia** – pisemna zgoda wydana przez Further w naszym imieniu na pokrycie kosztów leczenia poważnego stanu chorobowego we wskazanej, zaakceptowanej przez Ciebie placówce medycznej znajdującej się za granicą Polski;
- 19) **zaburzenia poznawcze** – zaburzenia, które znacznie upośledzają funkcję poznawczą jednostki – do tego stopnia, że normalne funkcjonowanie w społeczeństwie jest niemożliwe bez leczenia, zgodnie z najnowszą wersją Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (DSM-V).

Poniżej w formularzu wskazujemy, które zapisy OWU lub OWUD zawierają podstawowe warunki umowy ubezpieczenia. Zobowiązuje nas do tego art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 1–8, pkt 15
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 114 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/23/05/01 pkt 14

Pamiętaj, aby formularz do ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia czytać łącznie z formularzem do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem.

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r. i wchodzi one w życie 1 maja 2023 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 123 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. W formie indywidualnej ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. W formie rodzinnej ubezpieczamy zdrowie: Twoje oraz współmałżonka albo partnera oraz dziecka.
3. Ubezpieczenie obejmuje sytuację, w której istnieje uzasadniona potrzeba medyczna skorzystania z telekonsultacji w czasie udzielania ochrony. Potrzeba jest związana ze stanem zdrowia osoby objętej ochroną.
4. W ramach telekonsultacji osoby objęte ochroną mogą korzystać z konsultacji internisty oraz specjalistów: alergologa, dermatologa, diabetologa, endokrynologa, ginekologa, kardiologa, onkologa, wenerologa, a w przypadku formy rodzinnej – również z konsultacji pediatry.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i na jakich zasadach skorzystasz z telekonsultacji

5. Jeśli znajdzie uzasadniona potrzeba medyczna, spowodowana stanem zdrowia osoby objętej ochroną, udostępniamy tej osobie telekonsultacje i pokrywamy ich koszty.
6. Aby skorzystać z telekonsultacji, należy założyć konto na platformie internetowej partnera medycznego, której adres wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

7. Do założenia konta konieczne jest:

- 1) przekazanie danych wymaganych przez platformę internetową partnera medycznego, w szczególności kodu vouchera, którym jest numer PESEL; w przypadku obcokrajowców jest to numer dokumentu tożsamości wskazany w deklaracji, oraz
- 2) zaakceptowanie regulaminów partnera medycznego dostępnych na platformie internetowej.

8. Aby skorzystać z telekonsultacji, należy:

- 1) zalogować się do platformy internetowej, której adres podany jest w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;
- 2) wybrać specjalizację lekarza, formę telekonsultacji (czat, wideoczat lub rozmowa telefoniczna) oraz preferowany jej termin.

9. Przed umówionym terminem telekonsultacji partner medyczny wysłał przypomnienie o niej w formie wiadomości SMS lub e-mail.
10. W przypadku rezygnacji z umówionej telekonsultacji należy ją odwołać na platformie internetowej.
11. Czas oczekiwania na telekonsultację w języku polskim z internistą lub pediatrą wynosi do 4 godzin od przyjęcia zgłoszenia.
12. Czas oczekiwania na telekonsultację w języku polskim z pozostałymi specjalistami wynosi do 3 dni roboczych od przyjęcia zgłoszenia.
13. W ciągu 24 godzin od momentu zakończenia telekonsultacji możliwe jest zadanie lekarzowi, z którym była przeprowadzona telekonsultacja, dodatkowego pytania za pośrednictwem czatu.

Ograniczenie odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie może nie zadziałać

14. Telekonsultacja może być opóźniona na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego lub zadziałania siły wyższej.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

15. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **partner medyczny** – podmiot, który współpracuje z nami i udziela telekonsultacji medycznych w ramach tych OWUD;
- 2) **platforma internetowa** – oznacza aplikację internetową, dostępną pod adresem podanym w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, stanowiącą część systemu teleinformatycznego, która umożliwia osobom objętym ochroną ubezpieczeniową kontakt z lekarzami, którzy świadczą telekonsultacje, a także

transfer danych pomiędzy nimi z użyciem środków komunikacji elektronicznej;

- 3) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec ani przeciwdziałać, uniemożliwiające wykonanie umowy w całości lub w części, na stałe lub na pewien czas;
- 4) **telekonsultacja** – obejmuje, w zależności od stanu zdrowia osoby objętej ochroną, przeprowadzenie wywiadu, rozpoznanie dolegliwości, wydanie zaleceń lekarskich, w tym skierowania na diagnostykę i zalecenia dotyczące leków, oraz wystawienie recepty.

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

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy

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

Pojęcia użyte w tej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń), w przypadku kilku ran w obrębie jednego obszaru wielkość ran podlega zsumowaniu;

złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub więcej niż jedna linia złamania w obrębie kości);

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 8 cm długości	1
b)	rany powyżej 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 – za każdą kość:	
a)	sklepienia	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)	powyżej 10 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.	Urazy śródczaszkowe	
a)	krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10
b)	krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60

e)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
6.	Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a)	bloczkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b)	okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7.	Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a)	rany skóry twarzy od 2 do 7 cm długości	1
b)	rany skóry twarzy powyżej 7 do 11 cm długości	3
c)	rany skóry twarzy powyżej 11 cm długości	10
d)	oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
8.	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
9.	Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
10.	Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.		
11.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
12.	Utrata szczęki lub żuchwy:	
a)	częściowa	15
b)	całkowita	40
13.	Złamania żuchwy:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
14.	Ubytek podniebienia	15

15. Urazy języka:		
a) rana języka powyżej 1 cm		1
b) częściowa utrata języka		3
c) całkowita utrata języka		50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
16. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:		
a) jednego oka		15
b) obu oczu		30
17. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:		
a) bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem)		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
18. Ubytki pola widzenia:		
a) dwuskroniowe		60
b) dwunosowe		30
c) jednoimienne		30
d) inne ubytki pola widzenia (jednoczne)		5
19. Bezsoczewkowość pourazowa:		
a) w jednym oku		15
b) w obu oczach		30
20. Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:		
a) w jednym oku		5
b) w obu oczach		15
21. 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
22. Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy		3
23. Wytrzeszcz tętniący pourazowy		40
Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.		
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (nie podlegają sumowaniu)	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
24. 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
25. 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.		
W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.		
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
26. Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie		7
27. Uszkodzenie przełyku:		
a) leczone operacyjnie (nie obejmuje rekonstrukcji)		7
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo		30
28. Uszkodzenie skóry szyi:		
a) rany skóry od 5 do 10 cm długości		1
b) rany skóry powyżej 10 cm długości		3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
29. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:		
a) rany skóry od 10 do 15 cm długości		1
b) rany skóry powyżej 15 cm długości		3
c) rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)		1
30. Uszkodzenie lub utrata sutka:		
a) rany brodawki		1
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki		3
c) krwiaki sutka wymagające nacięcia		2
d) częściowa lub całkowita utrata sutka		15
31. Złamania żeber:		
a) złamanie 1 żebra		0,5
b) złamania od 2 do 4 żeber		2
c) złamania od 5 do 10 żeber		7
d) złamania powyżej 10 żeber		10
32. Złamanie mostka:		
a) bez przemieszczenia		2
b) z przemieszczeniem		4
c) złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem		6
33. Uszkodzenie płuc i opłucnej:		
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu		2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu		5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie		10

d)	utrata części płuca	15
e)	utrata całego płuca	30
34.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b)	uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
35.	Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
36.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a)	rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b)	rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
d)	rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
37.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a)	leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b)	utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	10
39.	Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a)	uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	4
b)	uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
40.	Uszkodzenia śledziony:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata śledziony	15
41.	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d)	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
42.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa nerki	15
d)	utrata całkowita nerki	30
e)	utrata obu nerek	100
43.	Uszkodzenie moczowodu:	
a)	leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44.	Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone operacyjnie	10
c)	utrata całkowita pęcherza	50
45.	Uszkodzenia cewki moczowej:	
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5

c)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46.	Uszkodzenia prącia:	
a)	rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
b)	częściowa utrata prącia	10
c)	całkowita utrata prącia	40
47.	Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a)	leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa	10
d)	utrata całkowita	20
e)	utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
48.	Utrata macicy	30
49.	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a)	izolowane rany w zakresie skóry	3
b)	uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c)	uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
50.	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a)	skręcenie	2
b)	zwichnięcie	4
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.		
51.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	2
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.		
52.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a)	skręcenie	2
b)	zwichnięcie	4
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych oraz wyrostków stawowych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.		
53.	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10

b)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100

J. USZKODZENIA MIEDNICY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
--------------------------------	--	--

54.	Rozejście się spojenia łonowego	5
55.	Skręcenie stawu biodrowego	2
56.	Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57.	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
58.	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
59.	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		
60.	Złamania łopatki:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	1

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

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
---------------------------------------	--	--

63.	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	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	2
f)	złamania leczone protezoplastyką	15
64.	Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	65
65.	Utrata kończyny wraz z łopatką	70

RAMIĘ		
--------------	--	--

66.	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b)	złamania otwarte	10
c)	złamania wieloodłamowe	7
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
67.	Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a)	rany powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenie mięśnia dwugłowego lub uszkodzenie ścięgien zaopatrzone chirurgicznie	4
c)	uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68.	Utrata kończyny w obrębie ramienia	60

STAW ŁOKCIOWY		
----------------------	--	--

69.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c)	inne złamania	2
70.	Inne uszkodzenia łokcia:	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	3

PRZEDRAMIĘ		
-------------------	--	--

71.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
72.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9

b)	złamania otwarte	7
c)	złamania wieloodłamowe	5
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
73.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a)	rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenia mięśni lub ścięgien – zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
75.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK		
76.	Uszkodzenia nadgarstka:	
a)	złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	zwichnięcia	5
e)	skręcenia	1
77.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE		
78.	Złamania kości śródreżca:	
a)	I kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe	6
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii)	inne złamania	2
b)	II kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe	4
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
c)	III, IV, V kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
79.	Rany dłoni (z wyjątkiem palców) i śródreżca powyżej 3 cm	1
KCIUK		
80.	Utrata w zakresie kciuka:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	6
c)	utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10
d)	utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
81.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	rany kciuka powyżej 3 cm	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY		
82.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1

b)	utrata paliczka paznokciowego	2
c)	utrata paliczka środkowego	8
d)	utrata trzech paliczków	10
e)	utrata wskaziciela z kością śródreżca	11
83.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	4
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
d)	rany powyżej 3 cm	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
84.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
c)	palec III – utrata dwóch paliczków	5
d)	palec III – utrata trzech paliczków	8
e)	utrata palca III z kością śródreżca	9
f)	palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
g)	palec IV – utrata dwóch paliczków	2
h)	palec IV – utrata trzech paliczków	3
i)	utrata palca IV z kością śródreżca	4
j)	palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
k)	palec V – utrata dwóch paliczków	2
l)	palec V – utrata trzech paliczków	3
m)	utrata palca V z kością śródreżca	4
85.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a)	palec III:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
iv)	rany powyżej 4 cm	1
v)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vi)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vii)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
b)	palec IV:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
iv)	rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c)	palec V:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii)	inne złamania	1
iii)	rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
v)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.		

Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. 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		
86.	Utrata kończyny dolnej:	
a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
87.	Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO		
88.	Złamanie trzonu kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	8
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	3
89.	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		
90.	Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a)	skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b)	skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d)	złamania wieloodłamowe	10
e)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f)	inne złamania	3
91.	Złamania rzepki:	
a)	złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b)	złamania wieloodłamowe	8
c)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d)	inne złamania	3
92.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a)	uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b)	uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4

g)	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE		
94.	Złamanie trzonu kości podudzia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	3
95.	Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	3
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
96.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a)	rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b)	naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c)	całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d)	uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e)	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f)	uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g)	uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
97.	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		
98.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a)	skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
b)	skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c)	złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d)	złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e)	złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f)	złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g)	złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h)	złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i)	złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j)	złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
99.	Złamania kości skokowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	inne złamania	3
100.	Złamania kości piętowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	10
b)	inne złamania	4
101.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a)	częściowa utrata	25
b)	całkowita utrata	40
102.	Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumarycznie maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a)	złamania wieloodłamowe	6

b)	inne złamania	2
103.	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
104.	Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a)	rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b)	rany podeszwy stopy	2
105.	Utrata stopy w całości	45
106.	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
107.	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108.	Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY		
109.	Uszkodzenie palucha:	
a)	rana palucha powyżej 3 cm długości	1
b)	częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c)	utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d)	utrata całego palucha	8
e)	utrata z kością śródstopia	9
110.	Złamania palucha:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b)	złamania otwarte	3
c)	złamania wieloodłamowe	2
d)	inne złamania	1
111.	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
112.	Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113.	Częściowa utrata palców stopy II–V (każdy)	1
114.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115.	Utrata palca V z kością śródstopia	4
116.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, rany, uszkodzenia ścięgien, częściowa lub całkowita utrata opuszek (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
<p>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.</p> <p>Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.</p> <p>Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.</p>		
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
117.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15

b)	nerwu piersiowego długiego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	25
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
k)	nerwu łokciowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i)	częściowe	7
ii)	całkowite	40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	15
o)	nerwu zasłonowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
p)	nerwu udowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
q)	nerwów pośladowych (górnego i dolnego):	
i)	częściowe	3

ii)	całkowite	20
r)	nerwu sromowego wspólnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	50
t)	nerwu piszczelowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
u)	nerwu strzałkowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	60
w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10

N. INNE		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
118.	Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej) (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
119.	Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej) (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
120.	Inne oparzenia I i II stopnia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
121.	Inne oparzenia powyżej stopnia IIA:	
a)	rąk – za 1% TBSA	5
b)	kończyn górnych (poza rękami) – 1% TBSA	1
c)	stóp – za 1% TBSA	3
d)	kończyn dolnych (poza stopami) – za 1% TBSA	1
122.	Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej) (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
123.	Inne skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5

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

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera 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, uwzględniając że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać 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)	znacznie 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, dyskretne 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 cerebrasteniczne 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 agrafią 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, błoczkowy, 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%
12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów 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%

<p>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.</p>
<p>Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja nowojorskiego towarzystwa kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:</p>
<p>Klasa I – Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.</p>
<p>Klasa II – Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</p>
<p>Klasa III – Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</p>

<p>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.</p>
<p>Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory</p>
<p>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.</p>
<p>Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej</p>
<p>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.</p>

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera

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, przezskórnej 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 Alzheimerera** – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimerera 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 lub partnera 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 rozszczenia przez nas 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 oraz 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 poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 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 nieznannej etiologii, 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 mężczy, powoduje duszności, kołatanie serca lub ból dławicowy, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym zwłaszcza 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 30 mmHg lub wyższe,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach 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) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwałe ubytki neurologiczne; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; wykluczone z odpowiedzialności są: nowotwory złośliwe, torbiele, ziarniaki, ropnie, krwaki, malformacje naczyniowe, guzy zewnątrzoponowe, guzy kości, gruźlica i urazy kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatie;
- 11) **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 lub partner musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwipochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub u ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera 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;

- 12) **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;
- 13) **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:
- 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,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (*hyperkeratosis*), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 14) **ciężkie oparzenia III stopnia** – oparzenia termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia lub wyższych; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 15) **ciężkie oparzenia I i II stopnia** – oparzenia termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia lub wyższych,
 - nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia lub wyższych,
- przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 16) **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;
- 17) **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;
- 18) **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;
- 19) **przeszczep narządów** – przeszczepienie ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub partnerowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera 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;
- 20) **schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- stałej żółtaczki,
 - wodobrzusza,
 - encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
- 21) **stwardnienie rozsiane** – choroba przewlekła przebiegająca z okresami rzutów i remisji (minimum dwóch z okresem pomiędzy rzutami nie mniejszym niż 30 dni) lub o przebiegu postępującym, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
- istnieniem deficytów neurologicznych, tj. wystąpieniem co najmniej dwóch objawów ubytkowych z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - wynikiem badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 22) **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 co najmniej przez 30 dni od momentu utraty przytomności i nierokującego poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 23) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrz-mózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 2 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 24) **utrata kończyn** – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 25) **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 stwierdzającego chorobę łańdów 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;

- 26) **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;
- 27) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 28) **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:
- podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentylistyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
 - w drodze kontaktu ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera 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:
- zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - ubezpieczony zgłosił zdarzenie, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi w ciągu 24 godzin od jego zajścia,
 - testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku,
 - serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
 - po przebytej ekspozycji ubezpieczony, współmałżonek lub partner zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
 - w przypadku gdy przed datą zdarzenia były dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie rekomendowano w zawodzie ubezpieczonego, zostały one u niego wykonane;
- świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny, lub przywróci funkcję układu odpornościowego; ubezpieczony, współmałżonek lub partner jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na nasz wniosek;
- 29) **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 zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD,
 - przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - ubezpieczony, współmałżonek lub partner 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 lub partner jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;
- 30) **zapalenie mózgu** – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
- kąpiel/prysznic,
 - ubieranie/rozbieranie,
 - jedzenie/picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- wykluczone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;
- 31) **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:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 32) **ziarniniakowość z zapaleniem naczyń** – układowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się martwiczym zapaleniem małych i średnich naczyń krwionośnych, górnych dróg oddechowych, płuc i nerek, powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę z zakresu pulmonologii albo nefrologii w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy występowaniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności oddechowej, utraty wzroku lub utraty słuchu.

KATALOG B

Poważne zachorowania wymienione w katalogu A oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 33) **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;
- 34) **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;
- 35) **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;
- 36) **piorunujące 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:
- szybkie zmniejszenie rozmiarów wątroby,
 - 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;
- 37) **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 poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 38) **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;
- 39) **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 pokazujące białkomocz lub krwimocz;
do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 40) **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:
a) miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
b) eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 41) **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:

- 42) **bakteryjne zapalenie wsierdzia** – 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 wsierdzia (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa na podstawie objawów klinicznych, wyników badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji;
- 43) **borelioza** – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórnymi, objawiającymi się rumieniem, oraz obja-

wami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi; pierwsze rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego i podane w dokumentacji medycznej wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

- 44) **choroba Huntingtona** – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (płasawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem;
- 45) **gruźlica** – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: 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 przeciwprątkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu tej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 46) **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 tej definicji;
- 47) **nowotwór in situ (Carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, który nie przekroczył błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi, i nie doprowadził do inwazji na tkanki otaczające; w przypadku którego zastosowano leczenie operacyjne lub radioterapię, lub chemioterapię;
nasza ochrona obejmuje nowotwory in situ, które zostały zakwalifikowane według klasyfikacji ICD-10 w rozdziale „Nowotwory in situ” w jednej z kategorii:
D00 – Rak in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka;
D01 – Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego;
D02 – Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego;
D03 – Czerniak in situ;
D04 – Rak in situ skóry;
D05 – Rak in situ piersi;
D06 – Rak in situ szyjki macicy;
D07 – Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych;
D09 – Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;
- 48) **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;
- 49) **operacja bąblowca mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 50) **operacja ropnia mózgu** – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej na podstawie badań obrazowych i badania histopatologicznego jako ropień;
- 51) **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 nastę-

pujących 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 tej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniu 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 tej definicji;

52) **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. szczękościsk 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;

53) **wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych 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;

54) **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 okołotrzustkowych;

55) **zgorzel gazowa** – jednoznaczne rozpoznanie w warunkach szpitalnych, w oparciu o badania bakteriologiczne, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemia.

KATALOG D

Poważne zachorowania wymienione w katalogach A, B i C oraz poniższe choroby lub zabiegi:

56) **całkowita utrata słuchu w jednym uchu** – całkowita, nieodwracalna i jednostronna utrata słuchu w wyniku choroby; rozpoznanie potwierdza laryngolog na podstawie badań audiometrycznych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje utraty słuchu, którą można skorygować w trakcie terapii;

57) **całkowita utrata wzroku w jednym oku** – nieodwracalna utrata widzenia w jednym oku w wyniku choroby; rozpoznanie musi potwierdzić okulista z ośrodka, który prowadzi leczenie;

58) **chirurgiczne leczenie zwężenia tętnicy szyjnej** – operacja chirurgiczna w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej metodą endarteriektomii tętnicy szyjnej (usunięcie blaszek miażdżycowych z tętnic szyjnych); zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, tj. angioplastyki, ani innych zabiegów wykonywanych przez tętnicę obwodową;

59) **ciężki rzut wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG)** – ostry przebieg wrzodziejącego zapalenia jelita grubego z toksycznym rozdęciem okrężnicy (*megacolon toxicum*), z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej oraz z ryzykiem pęknięcia lub pęknięciem ściany jelita; zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, które wymagają usunięcia całego jelita grubego (kolektomia i ileostomia totalna); rozpoznanie potwierdza specjalista gastroenterolog lub chirurg na podstawie wyniku badania histopatologicznego;

60) **ciężki wstrząs anafilaktyczny** – jednoznacznie rozpoznana ostra reakcja alergiczna po ukąszeniu przez owada, która wymaga hospitalizacji;

61) **guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem nerek** – guzkowe zapalenie tętnic, które przebiega z niewydolnością nerek jednoznacznie rozpoznane przez reumatologa w oparciu o wynik badania histopatologicznego oraz ocenę czynności nerek; zakres ochrony nie obejmuje postaci skórnej;

62) **kardiomiopatia takotsubo** – ostry, odwracalny stan kardiologiczny z objawami i zmianami elektrokardiograficznymi, które imitują ostry zawał serca; rozpoznanie potwierdza kardiolog na oddziale kardiologicznym i musi ono spełniać te warunki:

- a) przemijająca akineza lub dyskineza koniuszka lewej komory i środkowej części komory, która obejmuje obszar unaczynienia więcej niż jednej tętnicy wieńcowej,
- b) brak istotnych zwężeń w naczyniach wieńcowych lub angiograficznych cech pęknięcia blaszki miażdżycowej,
- c) nowe zmiany w EKG: uniesienie odcinka ST lub ujemne załamki T;

63) **mykobakterioza** – wywołana przez prątki atypowe (*Mycobacterium*) lub niegruźlicze choroba o przebiegu podobnym do gruźlicy; najczęściej objawia się przewlekłym kaszlem, gorączką i osłabieniem; rozpoznanie potwierdza pulmonolog na podstawie zgodności objawów klinicznych i wyniku badania mikrobiologicznego;

64) **nabyta niedokrwistość hemolityczna** – choroba lub zatrucie, podczas których:

- a) dochodzi do rozpadu erytrocytów,
- b) pojawiają się objawy niedokrwistości lub żółtaczką,
- c) w trakcie intensywnej hemolizy powiększa się śledziona i wątroba,
- d) stężenie hemoglobiny wynosi poniżej 10 g/dl;

zakres ochrony obejmuje chorobę wyłącznie w postaci nabytej, którą spowodowały czynniki takie jak: zakażenia, choroby układu krążenia oraz różne toksyny, w tym jad zwierząt; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ochrony nie obejmuje reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi;

65) **niedowład (paraliż) jednej kończyny** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji jednej kończyny, którą spowodował uraz lub choroba; niedowład musi występować przez co najmniej 3 miesiące i nie może rokować poprawy; rozpoznanie i zakres zmian potwierdza neurolog; zakres ochrony nie obejmuje niedowładów:

- a) częściowych,
- b) przejściowych (również w następstwie infekcji wirusowych),
- c) spowodowanych zaburzeniami psychicznymi,
- d) które są skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;

66) **operacja tętniaka mózgu** – zabieg polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu metodą neurochirurgicznego klipsowania (operacja z otwarciem czaszki);

67) **otoskleroza** – choroba, która ogranicza ruchomość strzemiączka, co prowadzi do postępującego niedosłuchu przewodzeniowego; rozpoznanie potwierdza laryngolog na podstawie badania śródoperacyjnego oraz badań audiometrycznych, które stwierdzają niedosłuch i brak odruchów z mięśnia strzemiączkowego;

68) **postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia osoby; rozpoznanie jednoznacznie potwierdza neurolog na podstawie objawów klinicznych (w tym wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych i niestabilności postawy) i badań obrazowych; zakres ochrony obejmuje wyłącznie te przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji, które wyrażają się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych, codziennych czynności życiowych takich jak:

- a) umycie się w wannie lub pod prysznicem,
- b) ubranie i rozebranie się,
- c) jedzenie gotowego posiłku,
- d) toaleta, tj. zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym w stopniu, który pozwala utrzymać higienę osobistą na satysfakcjonującym poziomie,
- e) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;

69) **poważne oparzenia** – oparzenia termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, które bez względu na stopień oparzenia obejmuje nie mniej niż 50% całkowitej powierzchni ciała; przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę

- Lunda i Browdera w zależności od metody, którą zastosował i wskazał lekarz w dokumentacji medycznej; zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 70) **przeszczep tętnicy płucnej** – operacja na otwartym sercu w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, która polega na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem lub protezą naczyniową; zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia (tzw. wewnątrznaczyniowych), to jest angioplastyki i cewnikowania naczyń;
- 71) **przewlekła niewydolność oddechowa** – przewlekła choroba płuc, która doprowadziła do znacznego obniżenia wydolności oddechowej ustalonego w oparciu o objawy kliniczne oraz wyniki badań, które wskazują na hipoksemię (obniżenie ciśnienia parcjalnego tlenu [PaO₂] we krwi tętniczej) poniżej 60 mm Hg [8,0 kPa] z towarzyszącym wzrostem stężenia mleczanów we krwi powyżej 1,5 mmol/l, a także wymaga stosowania przynajmniej półrocznej stałej tlenoterapii przez przynajmniej 15 h/dobę; rozpoznanie potwierdza pulmonolog; zakres ochrony obejmuje przewlekłą, obturacyjną chorobę płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc; zakres ochrony nie obejmuje:
- zespołu ostrej niewydolności oddechowej z jakiegokolwiek przyczyny,
 - mukowiscydozy,
 - przewlekłej zatorowości płucnej,
 - astmy,
 - przewlekłej niewydolności serca,
 - wad serca i dużych naczyń,
 - chorób układu nerwowego,
 - nowotworów,
 - zmian anatomicznych i pourazowych;
- 72) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B), które wywołuje wirus HBV i trwa ponad 6 miesięcy oraz rozpoczęło się w okresie naszej ochrony; choroba powinna spełniać łącznie następujące kryteria:
- utrzymywanie się wartości AlAT stale powyżej 50 IU/l lub przez ponad 6 miesięcy,
 - obecność antygeny HBs we krwi przez ponad 6 miesięcy,
 - obecność DNA HBV w surowicy powyżej 2000 IU/ml,
 - obecność przewlekłych zmian martwiczo-zapalnych, którą potwierdza wynik biopsji wątroby, badania elastograficznego lub serologicznych markerów włóknienia;
- 73) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C), które wywołuje wirus HCV i trwa ponad 6 miesięcy oraz rozpoczęło się w okresie naszej ochrony; choroba powinna spełniać łącznie następujące kryteria:
- utrzymywanie się wartości AlAT stale powyżej 50 IU/l lub przez ponad 6 miesięcy,
 - obecność w surowicy antygeny rdzeniowego HCV (HCVcAg) lub obecność RNA HCV,
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z tych objawów: żółtaczka, powiększenie wątroby, wodobrzusze;
- 74) **przewlekłe zapalenie trzustki** – nawracający proces zapalny, który powoduje przebudowę mięszu trzustki we włóknistą tkankę łączną, co prowadzi do postępującej zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej niewydolności narządu; zapalenie musi być leczone co najmniej przez 6 miesięcy; rozpoznanie potwierdza gastroenterolog lub chirurg w oparciu o wyniki badań obrazowych, tj.: rezonans magnetyczny, tomografię komputerową lub endoskopową ultrasonografię; zakres ochrony nie obejmuje przewlekłego zapalenia trzustki na skutek nadużywania alkoholu, leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych;
- 75) **reumatoidalne zapalenie stawów** – uogólnione uszkodzenie stawów, które objawia się deformacją co najmniej trzech z następujących grup stawów: międzypaliczkowe, nadgarstkowe, łokciowe, kręgosłupa szyjnego, kolanowe, stóp; rozpoznanie potwierdza jednoznacznie reumatolog; zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji, którą rozumiemy jako brak możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych, codziennych czynności życiowych takich jak:
- umycie się w wannie lub pod prysznicem,
 - ubranie i rozebranie się,
 - jedzenie gotowego posiłku,
 - toaleta, tj. zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym w stopniu, który pozwala utrzymać higienę osobistą na satysfakcjonującym poziomie,
 - poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
- 76) **samoistne zwłóknienie płuc** – postępujące śródmiąższowe zapalenie o nieznanym przyczynie, które powoduje włóknienie ograniczone do płuc, co prowadzi do niewydolności oddechowej; rozpoznanie potwierdza pulmonolog na podstawie badań obrazowych płuc lub biopsji płuca; zakres ochrony nie obejmuje alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych, pylicy płuc, włóknienia płuc w przebiegu chorób tkanki łącznej oraz włóknienia polekowego;
- 77) **splenektomia w następstwie urazu** – całkowite usunięcie śledziony w następstwie urazu; zakres ochrony nie obejmuje usunięcia części śledziony lub usunięcia z innych przyczyn niż uraz;
- 78) **tętniak leczony zabiegowo** – tętniak leczony zabiegowo, np. metodą embolizacji, przy użyciu protezy naczyniowej, czy z zastosowaniem stentu; zakres ochrony nie obejmuje tętniaków: wewnątrzmoźgowych, wewnątrzgałkowych oraz aorty;
- 79) **usunięcie płuca (pneumektomia)** – operacja chirurgiczna, która polega na usunięciu całego płuca z powodu choroby albo urazu na skutek nieszczęśliwego wypadku; zakres ochrony nie obejmuje zabiegu usunięcia jedynie części płuca (płata lub segmentu);
- 80) **walwuloplastyka balonowa** – zabieg wewnątrznaczyniowego leczenia zwężenia zastawki serca;
- 81) **wodogłowie nabyte leczone operacyjnie** – leczone chirurgicznie stan chorobowy, w którym ilość płynu mózgowo-rdzeniowego jest nadmierna, inaczej zwany wodomózgowiem lub hydrocefalią;
- 82) **zespół apaliczny (stan wegetatywny)** – stan utraty przytomności, który towarzyszy martwicy kory mózgowej; charakteryzuje się zachowaną czynnością pnia mózgu przy braku reakcji na bodźce zewnętrzne i potrzeby fizjologiczne; stan ten wymaga podtrzymywania życia przez co najmniej 30 dni i pozostawia trwały deficyt neurologiczny, który potwierdza neurolog;
- 83) **zespół Devica** – choroba, która polega na rozpadzie osłonek mielinowych komórek nerwowych (choroba demielinizacyjna); jej diagnoza wymaga potwierdzenia klinicznego oraz w badaniach obrazowych i laboratoryjnych (tj. oznaczenie stężenia akwaporyny 4); rozpoznanie potwierdza neurolog w oparciu o badania obrazowe, które dokumentują zapalenie nerwu II (wzrokowego) i poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego;
- 84) **zespół krótkiego jelita** – nieodwracalny stan po wycięciu części lub całości jelita cienkiego, w którym ubezpieczony musi być na stałe żywiony pozajelitowo; rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność potwierdza gastroenterolog w oparciu o: wywiad medyczny, badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe krwi i moczu.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka

Poważne zachorowanie oznacza jedną z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:

- 1) **cholera** – ostra choroba zakaźna, którą wywołują przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*); rozpoznanie potwierdza jednoznacznie lekarz chorób zakaźnych na podstawie:
 - a) objawów klinicznych – wymiotów i biegunki,
 - b) izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego oraz
 - c) wykazania obecności w izolacie: antygeny O1 lub O139 enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery;
- 2) **choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska)** – zoonoza pasożytnicza, którą wywołuje *Trypanosoma Cruzi*; rozpoznanie potwierdza lekarza chorób zakaźnych lub neurolog na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 3) **choroba wywołana przez wirus Ebola** – gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Ebola; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 4) **choroba wywołana przez wirus Marburg** – gorączka krwotoczna, którą wywołuje wirus Marburg; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 5) **dur brzuszny** – ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna, którą wywołują pałeczki duru brzuszego; rozpoznanie potwierdza jednoznacznie lekarz chorób zakaźnych na podstawie izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego od ubezpieczonego, u którego występuje długotrwała gorączka i co najmniej jeden z tych objawów:
 - a) ból głowy,
 - b) bradykardia,
 - c) kaszel,
 - d) biegunka, zaparcie, ból brzucha;
 zakres ochrony nie obejmuje bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*;
- 6) **filarioza** – grupa tropikalnych chorób, które wywołują nicianie, powodujące niedrożność drobnych naczyń limfatycznych i krwionośnych, a w konsekwencji masywne obrzęki określane mianem słoniowacizny; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych lub chirurg na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 7) **gorączka denga** – ostra tropikalna choroba zakaźna, którą wywołuje wirus dengi; u osoby musi występować wysoka gorączka i co najmniej dwa z tych objawów klinicznych:
 - a) ból głowy,
 - b) ból pozagałkowy,
 - c) bóle mięśni,
 - d) bóle stawów,
 - e) wysypka,
 - f) objawy krwotoczne,
 - g) leukopenia;
 rozpoznanie potwierdza jednoznacznie lekarz na podstawie przynajmniej jednej z tych metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - b) wykrycie kwasów nukleinowych metodą PCR,
 - c) wykrycie antygenów wirusa,
 - d) co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami;
- 8) **gorączka krwotoczna Chikungunya** – gorączka, którą wywołuje wirus *Chikungunya*; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 9) **gorączka Lassa** – gorączka krwotoczna, którą wywołują arenawirusy; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 10) **gorączka Zachodniego Nilu** – ostra choroba tropikalna, którą wywołuje wirus Zachodniego Nilu; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 11) **malaria** – ostra lub przewlekła choroba zakaźna, którą wywołuje pierwotniak z gatunku *Plasmodium*; objawia się dreszczami i wysoką gorączką oraz bólami głowy i mięśni, nudnościami, wymiotami, biegunką, dusznością, zaburzeniami neurologicznymi; rozpoznanie jednoznacznie potwierdza lekarz chorób zakaźnych w oparciu o wyniki badań wskazujących na obecność:
 - a) zarodków malarii w rozmazach krwi lub
 - b) kwasów nukleinowych *Plasmodium spp.* we krwi lub
 - c) antygeny *Plasmodium spp.*;
- 12) **operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, która polega na usunięciu torbieli bąblowcowej spowodowanej tasieciem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 13) **schistosomatoza (bilharczoza)** – choroba pasożytnicza, którą wywołują przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*; rozpoznanie potwierdza jednoznacznie dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego w oparciu o objawy: gorączkę, kaszel, ból brzucha, biegunkę, powiększenie wątroby i śledziony oraz wynik badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego;
- 14) **śpiączka afrykańska** – przenoszona przez muchę tse-tse choroba pasożytnicza, którą wywołuje pierwotniak świdrowiec gambijski lub rodezyjski; rozpoznanie potwierdza lekarz chorób zakaźnych lub neurolog na podstawie odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 15) **żółta gorączka** – ostra choroba zakaźna, którą wywołuje wirus z rodziny *Flaviviridae*; rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych żółtaczk lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką; rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - c) wykrycie antygeny wirusa żółtej gorączki,
 - d) wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
 Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
 w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka
 lub partnera

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka
 lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka
 w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj operacji		
1. Układ nerwowy		Klasa operacji
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
0103	Drenaż okolicy zmiany mózgowej	II
0104	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
0105	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	I
0106	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	I
0107	Kraniotomia z usunięciem ropnia podtwardówkowego	I
0108	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	I
0109	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	I
0110	Lobotomia	I
0111	Trepanacja czaszki	I
0112	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
0113	Wentrykulostomia	II
0114	Endoskopowa wentrikulocysternostomia	II
0115	Talamotomia	II
0116	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
0117	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
0118	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
0119	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
0120	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
0121	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
0122	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
0123	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
0124	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
0125	Dekortykacja opon	II
0126	Rekonstrukcja opony twardej	II
0127	Proste szycie opony twardej	II
0128	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	II
0129	Drenaż przestrzeni podoponowej	II
0130	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
0131	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	II
0132	Wycięcie nerwu obwodowego	IV
0133	Zniszczenie nerwu obwodowego	IV

0134	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	IV
0135	Wycięcie nerwiaka obwodowego (Mortona)	IV
0136	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	IV
0137	Sympatektomia szyjna	II
0138	Sympatektomia piersiowa	II
0139	Sympatektomia lędźwiowa	II
2. Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Klasa operacji
0201	Wycięcie przysadki mózgowej	I
0202	Rozdzielenie szypuły przysadki	II
0203	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
0204	Eksplozacja w zakresie szyszynki	II
0205	Nacięcie szyszynki	II
0206	Wycięcie szyszynki	II
0207	Całkowite wycięcie tarczycy	II
0208	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	III
0209	Wycięcie zmiany tarczycy	III
0210	Wycięcie cieśni tarczycy	III
0211	Wycięcie tarczycy językowej	III
0212	Wycięcie przytarczyc	II
0213	Wycięcie grasicy	II
0214	Całkowite wycięcie nadnercza	II
0215	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	III
0216	Wycięcie zmiany w nadnerczu	III
0217	Częściowe wycięcie sutka	IV
0218	Kwadrantektomia	III
0219	Całkowite wycięcie sutka	II
0220	Całkowita rekonstrukcja sutka	II
0221	Nacięcie sutka	IV
0222	Miejscowe wycięcie zmiany sutka	IV
0223	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	IV
3. Oko		Klasa operacji
0301	Wycięcie gałki ocznej	II
0302	Usunięcie zmiany oczodołu	III
0303	Proteżowanie gałki ocznej	II
0304	Rewizja protezy gałki ocznej	III

0305	Operacyjna plastyka oczodołu	II
0306	Nacięcie oczodołu	III
0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
0308	Usunięcie zmiany powieki	III
0309	Wycięcie nadmiaru powieki	III
0310	Rekonstrukcja powieki	III
0311	Korekcja deformacji powieki	III
0312	Korekcja opadania powieki	III
0313	Nacięcie powieki	IV
0314	Ochronne zeszczenie szpary powiekowej	III
0315	Nacięcie torbieli łzowej z drenażem	III
0316	Usunięcie zmiany w zakresie gruczołu łzowego	III
0317	Częściowe wycięcie gruczołu łzowego	III
0318	Całkowite wycięcie gruczołu łzowego	III
0319	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
0320	Nacięcie kanalikę łzowego	III
0321	Nacięcie otworu łzowego	III
0322	Nacięcie woreczka łzowego	III
0323	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
0324	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
0325	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
0326	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
0327	Usunięcie zmiany spojówki	III
0328	Operacja naprawcza spojówki	III
0329	Nacięcie spojówki	IV
0330	Wycięcie zmiany rogówki	III
0331	Plastyka rogówki	III
0332	Operacja naprawcza rogówki	III
0333	Nacięcie rogówki	IV
0334	Usunięcie zmiany twardówki	III
0335	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	III
0336	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	III
0337	Nacięcie twardówki	III
0338	Wycięcie tęczówki	III
0339	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
0340	Nacięcie tęczówki	III
0341	Usunięcie ciała rzęskowego	III
0342	Zewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	III
0343	Wewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	III
0344	Nacięcie torebki soczewki oka	III
0345	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
0346	Operacja ciała szklстого	III
0347	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
4. Ucho		Klasa operacji
0401	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	II
0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	IV
0403	Plastyka ucha zewnętrznego	III
0404	Drenaż ucha zewnętrznego	IV
0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	III
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
0407	Drenaż ucha środkowego	III
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	III

0410	Operacja trąbki Eustachiusza	II
0411	Operacja ślimaka	II
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	II
5. Układ oddechowy		Klasa operacji
0501	Całkowite wycięcie nosa	II
0502	Plastyka nosa	III
0503	Operacja przegrody nosa	IV
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	IV
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	IV
0506	Operacja nosa zewnętrznego	IV
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	IV
0509	Operacja zatoki czołowej	IV
0510	Operacja zatoki klinowej	IV
0511	Operacja zatoki nosa	IV
0512	Wycięcie gardła	II
0513	Szycie rany gardła	IV
0514	Usunięcie zrostów w gardle	III
0515	Rozszerzanie nosogardzieli	III
0516	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	III
0517	Wycięcie krtani	II
0518	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
0519	Rekonstrukcja krtani	I
0520	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III
0521	Częściowe wycięcie tchawicy	II
0522	Plastyka tchawicy	II
0523	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	II
0524	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	IV
0525	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
0526	Częściowe usunięcie oskrzela	III
0527	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0528	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0529	Przeszczep płuca	I
0530	Całkowite wycięcie płuca	I
0531	Częściowe wycięcie płuca	II
0532	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	II
0533	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
0534	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	III
6. Jama ustna i górna część przewodu pokarmowego		Klasa operacji
0601	Częściowe wycięcie wargi	IV
0602	Usunięcie zmiany wargi	IV
0603	Korekcja deformacji wargi	III
0604	Całkowite wycięcie języka	II
0605	Usunięcie zmiany języka	IV
0606	Nacięcie języka	IV
0607	Usunięcie zmiany podniebienia	IV

0608	Korekcja deformacji podniebienia	III
0609	Wycięcie migdałków podniebiennych	IV
0610	Wycięcie migdałka gardłowego	IV
0611	Wycięcie migdałka językowego	IV
0612	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	IV
0613	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	III
0614	Wycięcie ślinianki podżuchwowej	III
0615	Wycięcie ślinianki przyusznej	III
0616	Usunięcie zmiany ślinianki	III
0617	Nacięcie gruczołu ślinowego	IV
0618	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
0619	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
0620	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
0621	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
0622	Inne operacje przewodu ślinowego	III
0623	Wycięcie przełyku i żołądka	I
0624	Całkowite wycięcie przełyku	I
0625	Częściowe wycięcie przełyku	III
0626	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
0627	Zespolenie omijające przełyku	II
0628	Rewizja zespolenia przełyku	III
0629	Operacja naprawcza przełyku	II
0630	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
0631	Nacięcie przełyku	IV
0632	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
0633	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
0634	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
0635	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III
0636	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
0637	Operacja antyrefluksowa	III
0638	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	IV
0639	Całkowite wycięcie żołądka	I
0640	Częściowe wycięcie żołądka	II
0641	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
0642	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie żołądka	IV
0643	Wycięcie polipów żołądka	IV
0644	Operacja plastyczna żołądka	II
0645	Poszerzenie odźwiernika przez nacięcie	III
0646	Endoskopowe poszerzenie odźwiernika	III
0647	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
0648	Zespolenie żołądkowo-czce	II
0649	Gastrostomia	III
0650	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	III
0651	Endoskopowe opanowanie krwawienia z wrzodu żołądka	III
0652	Pyloromyotomia	II
0653	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	IV
0654	Wycięcie dwunastnicy	II
0655	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
0656	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
0657	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	III

0658	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
0659	Wycięcie jelita czczego	II
0660	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
0661	Jejunostomia	III
0662	Zespolenie omijające jelita czczego	III
0663	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	III
0664	Wycięcie jelita krętego	II
0665	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
0666	Zespolenie omijające jelita krętego	III
0667	Rewizja zespolenia jelita krętego	IV
0668	Wytworzenie ileostomii	III
0669	Rewizja ileostomii	IV
0670	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym	III
0671	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	III
7. Dolny odcinek przewodu pokarmowego		Klasa operacji
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
0702	Drenaż ropnia okołowyrostkowego	IV
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
0704	Całkowite wycięcie okrężnicy	II
0705	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
0706	Resekcja poprzecznicy	II
0707	Lewostronna hemikolektomia	II
0708	Wycięcie esicy	II
0709	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
0710	Zespolenie omijające okrężnicy	II
0711	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
0712	Wyłonięcie jelita ślepego	III
0713	Nacięcie okrężnicy	III
0714	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy	III
0715	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
0716	Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	IV
0717	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	IV
0718	Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	IV
0719	Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego	IV
0720	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu	IV
0721	Wycięcie odbytnicy	I
0722	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
0723	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
0724	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	III
0725	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	III
0726	Wycięcie odbytu	II
0727	Wycięcie zmiany odbytu	IV
0728	Operacja naprawcza odbytu	III
0729	Klipsowanie hemoroidów	IV
0730	Podwiązanie hemoroidów	IV
0731	Odprowadzenie hemoroidów	IV
0732	Wstrzyknięcie do hemoroidów	IV
0733	Kauteryzacja hemoroidów	IV
0734	Krioterapia hemoroidów	IV

0735	Drenaż przez okolice krocza	III
0736	Wycięcie zatoki włosowej	IV
0737	Nacięcie ropnia okołodbytniczego	IV
8. Inne narządy jamy brzusznej		Klasa operacji
0801	Przeszczep wątroby	I
0802	Częściowe wycięcie wątroby	II
0803	Usunięcie zmiany wątroby	II
0804	Nacięcie wątroby	III
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	III
0806	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	III
0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0808	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	IV
0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0811	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	IV
0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	III
0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	III
0814	Zespolenie przewodu wątrobowego	II
0815	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
0817	Nacięcie przewodu żółciowego	III
0818	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0819	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	IV
0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
0823	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	IV
0824	Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	IV
0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	IV
0826	Alloprzeszczep trzustki	I
0827	Heteroprzeszczep trzustki	I
0828	Autoprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0829	Alloprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0830	Przeszczep komórek wysepek Langerhansa (inny niż wymienione)	I
0831	Całkowite wycięcie trzustki	I
0832	Wycięcie głowy trzustki	II
0833	Usunięcie zmiany trzustki	II
0834	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
0835	Otwarty drenaż trzustki	II
0836	Nacięcie trzustki	III
0837	Całkowite wycięcie śledziony	II
9. Serce, naczynia tętnicze oraz żyłne		Klasa operacji
0901	Przeszczep płuc i serca	I
0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
0903	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I
0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego splotu żylnego	I
0905	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I

0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	II
0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
0912	Plastyka przedsionka serca	I
0913	Walwuloplastyka mitralna	I
0914	Walwuloplastyka aortalna	I
0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
0918	Rewizja plastyki zastawki serca	II
0919	Otwarta walwulotomia	I
0920	Zamknięta walwulotomia	II
0921	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	II
0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	II
0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
0926	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	I
0927	Otwarta koronaroplastyka	I
0928	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II
0929	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	I
0930	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	II
0932	Inny stały sposób stymulacji serca	II
0933	Wycięcie osierdzia	I
0934	Drenaż osierdzia	II
0935	Nacięcie osierdzia	II
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
0938	Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	II
0939	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0940	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
0942	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	II
0943	Przeznaczyniowe zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	II
0944	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
0945	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
0946	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	II
0947	Plastyka aorty	I
0948	Przeznaczyniowa operacja aorty	II
0949	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
0950	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej	II
0951	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
0952	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej	II
0953	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
0954	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
0955	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
0956	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej	II

0957	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
0958	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
0959	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
0960	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
0961	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej	III
0962	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	II
0963	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
0964	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
0965	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy udowej	III
0966	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	II
0967	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
0968	Wycięcie innej tętnicy	II
0969	Operacja naprawcza innej tętnicy	II
0970	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
0971	Zespolenie tętniczko-żylne	III
0972	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
0973	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	II
0974	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	IV
0975	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
0976	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	IV
10. Układ moczowy		Klasa operacji
1001	Przeszczep nerki	I
1002	Całkowite wycięcie nerki	II
1003	Częściowe wycięcie nerki	III
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	III
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	III
1006	Nacięcie nerki	III
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	IV
1008	Operacja nerki przez nefrostomię	III
1009	Wycięcie moczowodu	II
1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	III
1011	Reimplantacja moczowodu	III
1012	Operacja naprawcza moczowodu	III
1013	Nacięcie moczowodu	III
1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	IV
1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	IV
1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	IV
1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	II
1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
1019	Powiększenie pęcherza	III
1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	IV
1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
1023	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1024	Brzusznna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	III
1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	IV
1030	Wycięcie cewki moczowej	III

1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	IV
1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	IV
1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	IV
11. Narządy płciowe męskie		Klasa operacji
1101	Usunięcie moszny	II
1102	Obustronne wycięcie jąder	II
1103	Usunięcie zmiany jądra	IV
1104	Wycięcie torbieli Morgagniego	IV
1105	Wycięcie przyczepka jądra	IV
1106	Jednostronne wycięcie jądra	III
1107	Obustronne sprowadzenie jąder	III
1108	Jednostronne sprowadzenie jądra	IV
1109	Proteżowanie jądra	II
1110	Operacja wodniaka jądra	IV
1111	Operacja najądrza	III
1112	Wycięcie nasieniowodu	III
1113	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	III
1114	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	IV
1115	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
1116	Amputacja prącia	I
1117	Usunięcie zmiany prącia	III
1118	Nacięcie prącia	IV
1119	Uwolnienie (wycięcie) zrostów prącia	III
1120	Uwolnienie bolesnego wzrodu prącia	IV
1121	Operacja plastyczna prącia	III
1122	Proteżowanie prącia	II
1123	Operacja napletka	IV
12. Żeński układ rozrodczy		Klasa operacji
1201	Operacja łechtaczki	III
1202	Operacja gruczołu Bartholina	III
1203	Wycięcie sromu	III
1204	Wycięcie zmiany sromu	IV
1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	IV
1206	Nacięcie kanału pochwy	IV
1207	Wycięcie pochwy	III
1208	Nacięcie zrostów pochwy	III
1209	Usunięcie zmiany pochwy	IV
1210	Operacja plastyczna pochwy	III
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
1212	Plastyka sklepienia pochwy	III
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	III
1214	Wycięcie szyjki macicy	III
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	IV
1216	Konizacja szyjki macicy	IV
1217	Zniszczenie zmiany w zakresie macicy	IV
1218	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
1219	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	III
1220	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	IV
1221	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
1222	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
1223	Częściowe lub całkowite wycięcie jajowodu	IV
1224	Wszczepienie protezy jajowodu	III

1225	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	IV
1226	Nacięcie jajowodu	IV
1227	Endoskopowe leczenie jajowodu	IV
1228	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	IV
1229	Częściowe wycięcie jajnika	IV
1230	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	IV
1231	Operacja naprawcza jajnika	IV
1232	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	IV
1233	Nacięcie jajnika	IV
1234	Otwarcie torbieli jajnika	IV
1235	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
1236	Operacja innego więzadła macicy	III
1237	Jednostronne usunięcie jajnika	IV
1238	Obustronne usunięcie jajnika	III
13. Skóra		Klasa operacji
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
1305	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	III
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	III
1310	Przeszczep płata śluzówki	III
1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
1312	Przeszczep śluzówki	III
1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	IV
1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	IV
1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	IV
14. Tkanki miękkie		Klasa operacji
1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
1405	Otwarcie klatki piersiowej	II
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
1408	Jednostronna lub obustronna operacja prostej przepukliny pachwinowej	IV
1409	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej	IV
1410	Operacja prostej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1411	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1412	Operacja przepukliny pachwinowej – inne	IV
1413	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	III
1414	Jednostronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1415	Obustronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1416	Jednostronna operacja przepukliny udowej	IV
1417	Obustronna operacja przepukliny udowej – inna	IV
1418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	III
1419	Plastyka przepukliny pępkowej	IV
1420	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV
1421	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III

1422	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej z otwarciem worka	III
1423	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	III
1424	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo-odbytniczej	III
1425	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	III
1426	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	III
1427	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	III
1428	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	III
1429	Operacja dotycząca pępka	IV
1430	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III
1431	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
1432	Otwarcie jamy otrzewnej	III
1433	Operacja dotycząca sieci	III
1434	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
1435	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
1436	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej metodą otwartą	III
1437	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	IV
1438	Usunięcie zrostów otrzewnowych	IV
1439	Przeszczep powięzi	III
1440	Wycięcie powięzi brzucha	III
1441	Usunięcie zmiany powięzi	III
1442	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV
1443	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
1444	Operacja kaletki maziowej	IV
1445	Przełożenie ścięgna	IV
1446	Wycięcie ścięgna	IV
1447	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
1448	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	III
1449	Uwolnienie ścięgna	IV
1450	Zmiana długości ścięgna	IV
1451	Wycięcie pochewki ścięgna	IV
1452	Przeszczep mięśnia	III
1453	Wycięcie mięśnia	IV
1454	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	IV
1455	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
1456	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	III
1457	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	IV
1458	Drenaż węzła chłonnego	III
1459	Operacja przewodu limfatycznego	III
1460	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	IV
15. Kości oraz stawy		Klasa operacji
1501	Otwarcie szwów czaszkowych	I
1502	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	I
1503	Wytworzenie płata kostnego czaszki	II
1504	Przeszczep kostny do kości czaszki	II
1505	Założenie płytki (sztucznej) do czaszki	II
1506	Inna plastyka kości czaszki	II
1507	Otwarcie czaszki	I
1508	Całkowite wycięcie żuchwy	II
1509	Całkowite wycięcie żuchwy z jednoczasową rekonstrukcją	II
1510	Częściowe wycięcie żuchwy	III

1511	Częściowe wycięcie kości twarzy – inne	III
1512	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
1513	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
1514	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
1515	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	III
1516	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
1517	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
1518	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
1519	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa piersiowego	II
1520	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	II
1521	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	III
1522	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
1523	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
1524	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
1525	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
1526	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
1527	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
1528	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
1529	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
1530	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
1531	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
1532	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
1533	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	II
1534	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
1535	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1536	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1537	Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
1538	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III
1539	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	III
1540	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
1541	Wycięcie kości ektopowej	III
1542	Usunięcie zmiany kości	II
1543	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	III
1544	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	III
1545	Rozdzielenie trzonu kości	II
1546	Rozdzielenie kości stopy	III
1547	Drenaż kości	III
1548	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	II
1549	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/łokciowa	II
1550	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródreżca	II
1551	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	IV
1552	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości miednicy	II

1553	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	II
1554	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	II
1555	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia (noga)	III
1556	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	IV
1557	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne niewyszczególnione kości	IV
1558	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość ramienna	III
1559	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość promieniowa/łokciowa	III
1560	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródreżca	III
1561	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki ręki	IV
1562	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości miednicy	II
1563	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość udowa	II
1564	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	III
1565	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości stępu/kości śródstopia (noga)	III
1566	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki (stopy)	IV
1567	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – inne niewyszczególnione kości	IV
1568	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
1569	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
1570	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV
1571	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	IV
1572	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
1573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
1574	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
1575	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
1576	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
1577	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
1578	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
1579	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
1580	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
1581	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
1582	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
1583	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	II
1584	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	II
1585	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
1586	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
1587	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
1588	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III

1589	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
1590	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwknięcia stawu	II
1591	Wtórne nastawienie urazowego zwknięcia stawu metodą otwartą	II
1592	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	III
1593	Protezowanie ścięgna	III
1594	Wzmocnienie ścięgna protezą	III
1595	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	III
1596	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
1597	Uwolnienie przykurczu stawu	III
1598	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
1599	Terapeutyczna endoscopia chrząstki półksiężycowatej	III
1600	Terapeutyczna endoscopia innych chrząstek stawowych	III
1601	Terapeutyczna endoscopia innych struktur stawowych	III

1602	Terapeutyczna endoscopia stawu kolanowego	III
1603	Terapeutyczna endoscopia innego stawu	III
16. Różne		Klasa operacji
1701	Reimplantacja kończyny górnej	II
1702	Reimplantacja kończyny dolnej	II
1703	Reimplantacja innego narządu	II
1704	Wszczepienie protezy kończyny	I
1705	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
1706	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
1707	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
1708	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	III
1709	Amputacja palucha	III
1710	Przeszczep szpiku kostnego	II

Tabela operacji medycznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r.

Rodzaj operacji		
1. Układ nerwowy		Klasa operacji
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
0103	Drenaż okolicy zmiany mózgowej	II
0104	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
0105	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	I
0106	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	I
0107	Kraniotomia z usunięciem ropnia podtwardówkowego	I
0108	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	I
0109	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	I
0110	Lobotomia	I
0111	Trepanacja czaszki	I
0112	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
0113	Wentrykulostomia	II
0114	Endoskopowa wentrikulocysternostomia	II
0115	Talamotomia	II
0116	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
0117	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
0118	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
0119	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
0120	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
0121	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
0122	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
0123	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
0124	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
0125	Dekortykacja opon	II
0126	Rekonstrukcja opony twardej	II
0127	Proste szycie opony twardej	II
0128	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	II
0129	Drenaż przestrzeni podoponowej	II
0130	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
0131	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	II
0132	Wycięcie nerwu obwodowego	IV
0133	Zniszczenie nerwu obwodowego	IV
0134	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	IV
0135	Wycięcie nerwiaka obwodowego (Mortona)	IV
0136	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	IV
0137	Sympatektomia szyjna	II
0138	Sympatektomia piersiowa	II
0139	Sympatektomia lędźwiowa	II
2. Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Klasa operacji
0201	Wycięcie przysadki mózgowej	I
0202	Rozdzielenie szypuły przysadki	II
0203	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
0204	Eksploracja w zakresie szyszynki	II
0205	Nacięcie szyszynki	II
0206	Wycięcie szyszynki	II
0207	Całkowite wycięcie tarczycy	II

0208	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	III
0209	Wycięcie zmiany tarczycy	III
0210	Wycięcie cieśni tarczycy	III
0211	Wycięcie tarczycy językowej	III
0212	Wycięcie przytarczyc	II
0213	Wycięcie grasicy	II
0214	Całkowite wycięcie nadnercza	II
0215	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnercza	III
0216	Wycięcie zmiany w nadnerczu	III
0217	Częściowe wycięcie sutka	IV
0218	Kwadrantektomia	III
0219	Całkowite wycięcie sutka	II
0220	Całkowita rekonstrukcja sutka	II
0221	Nacięcie sutka	IV
0222	Miejscowe wycięcie zmiany sutka	IV
0223	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	IV
3. Oko		Klasa operacji
0301	Wycięcie gałki ocznej	II
0302	Usunięcie zmiany oczodołu	III
0303	Proteżowanie gałki ocznej	II
0304	Rewizja protezy gałki ocznej	III
0305	Operacyjna plastyka oczodołu	II
0306	Nacięcie oczodołu	III
0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
0308	Usunięcie zmiany powieki	III
0309	Wycięcie nadmiaru powieki	III
0310	Rekonstrukcja powieki	III
0311	Korekcja deformacji powieki	III
0312	Korekcja opadania powieki	III
0313	Nacięcie powieki	IV
0314	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	III
0315	Nacięcie torbieli łzowej z drenażem	III
0316	Usunięcie zmiany w zakresie gruczołu łzowego	III
0317	Częściowe wycięcie gruczołu łzowego	III
0318	Całkowite wycięcie gruczołu łzowego	III
0319	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
0320	Nacięcie kanalika łzowego	III
0321	Nacięcie otworu łzowego	III
0322	Nacięcie woreczka łzowego	III
0323	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
0324	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
0325	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
0326	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
0327	Usunięcie zmiany spojówki	III
0328	Operacja naprawcza spojówki	III
0329	Nacięcie spojówki	IV
0330	Wycięcie zmiany rogówki	III
0331	Plastyka rogówki	III
0332	Operacja naprawcza rogówki	III
0333	Nacięcie rogówki	IV
0334	Usunięcie zmiany twardówki	III
0335	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	III

0336	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	III
0337	Nacięcie twardówki	III
0338	Wycięcie tęczówki	III
0339	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
0340	Nacięcie tęczówki	III
0341	Usunięcie ciała rzęskowego	III
0342	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	III
0343	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	III
0344	Nacięcie torebki soczewki oka	III
0345	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
0346	Operacja ciała szklistego	III
0347	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
4. Ucho		Klasa operacji
0401	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	II
0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	IV
0403	Plastyka ucha zewnętrznego	III
0404	Drenaż ucha zewnętrznego	IV
0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	III
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
0407	Drenaż ucha środkowego	III
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	III
0410	Operacja trąbki Eustachiusza	II
0411	Operacja ślimaka	II
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	II
5. Układ oddechowy		Klasa operacji
0501	Całkowite wycięcie nosa	II
0502	Plastyka nosa	III
0503	Operacja przegrody nosa	IV
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	IV
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	IV
0506	Operacja nosa zewnętrznego	IV
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	IV
0509	Operacja zatoki czołowej	IV
0510	Operacja zatoki klinowej	IV
0511	Operacja zatoki nosa	IV
0512	Wycięcie gardła	II
0513	Szycie rany gardła	IV
0514	Usunięcie zrostów w gardle	III
0515	Rozszerzanie nosogardzieli	III
0516	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	III
0517	Wycięcie krtani	II
0518	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
0519	Rekonstrukcja krtani	I
0520	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III
0521	Częściowe wycięcie tchawicy	II
0522	Plastyka tchawicy	II
0523	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	II
0524	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	IV
0525	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
0526	Częściowe usunięcie oskrzela	III

0527	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0528	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0529	Przeszczep płuca	I
0530	Całkowite wycięcie płuca	I
0531	Częściowe wycięcie płuca	II
0532	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	II
0533	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
0534	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	III
6. Jama ustna i górna część przewodu pokarmowego		Klasa operacji
0601	Częściowe wycięcie wargi	IV
0602	Usunięcie zmiany wargi	IV
0603	Korekcja deformacji wargi	III
0604	Całkowite wycięcie języka	II
0605	Usunięcie zmiany języka	IV
0606	Nacięcie języka	IV
0607	Usunięcie zmiany podniebienia	IV
0608	Korekcja deformacji podniebienia	III
0609	Wycięcie migdałków podniebiennych	IV
0610	Wycięcie migdałka gardłowego	IV
0611	Wycięcie migdałka językowego	IV
0612	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	IV
0613	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	III
0614	Wycięcie ślinianki podżuchwowej	III
0615	Wycięcie ślinianki przyusznej	III
0616	Usunięcie zmiany ślinianki	III
0617	Nacięcie gruczołu ślinowego	IV
0618	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
0619	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
0620	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
0621	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
0622	Inne operacje przewodu ślinowego	III
0623	Wycięcie przełyku i żołądka	I
0624	Całkowite wycięcie przełyku	I
0625	Częściowe wycięcie przełyku	III
0626	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
0627	Zespolenie omijające przełyku	II
0628	Rewizja zespolenia przełyku	III
0629	Operacja naprawcza przełyku	II
0630	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
0631	Nacięcie przełyku	IV
0632	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
0633	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
0634	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
0635	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	III
0636	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II

0637	Operacja antyrefluksowa	III
0638	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	IV
0639	Całkowite wycięcie żołądka	I
0640	Częściowe wycięcie żołądka	II
0641	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
0642	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie żołądka	IV
0643	Wycięcie polipów żołądka	IV
0644	Operacja plastyczna żołądka	II
0645	Poszerzenie odźwiernika przez nacięcie	III
0646	Endoskopowe poszerzenie odźwiernika	III
0647	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
0648	Zespolenie żołądkowo-czce	II
0649	Gastrostomia	III
0650	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	III
0651	Endoskopowe opanowanie krwawienia z wrzodu żołądka	III
0652	Pyloromyotomia	II
0653	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	IV
0654	Wycięcie dwunastnicy	II
0655	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
0656	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
0657	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	III
0658	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
0659	Wycięcie jelita czczego	II
0660	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
0661	Jejunostomia	III
0662	Zespolenie omijające jelita czczego	III
0663	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	III
0664	Wycięcie jelita krętego	II
0665	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
0666	Zespolenie omijające jelita krętego	III
0667	Rewizja zespolenia jelita krętego	IV
0668	Wytworzenie ileostomii	III
0669	Rewizja ileostomii	IV
0670	Śródbrzusne manipulacje na jelicie krętym	III
0671	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	III
7. Dolny odcinek przewodu pokarmowego		Klasa operacji
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
0702	Drenaż ropnia okołowystkowego	IV
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
0704	Całkowite wycięcie okrężnicy	II
0705	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
0706	Resekcja poprzeczniczy	II
0707	Lewostronna hemikolektomia	II
0708	Wycięcie esicy	II
0709	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
0710	Zespolenie omijające okrężnicy	II
0711	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
0712	Wyłonienie jelita ślepego	III
0713	Nacięcie okrężnicy	III
0714	Śródbrzusne manipulacje na okrężnicy	III

0715	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
0716	Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	IV
0717	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	IV
0718	Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	IV
0719	Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego	IV
0720	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	IV
0721	Wycięcie odbytnicy	I
0722	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
0723	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
0724	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	III
0725	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	III
0726	Wycięcie odbytu	II
0727	Wycięcie zmiany odbytu	IV
0728	Operacja naprawcza odbytu	III
0729	Klipsowanie hemoroidów	IV
0730	Podwiązanie hemoroidów	IV
0731	Odprowadzenie hemoroidów	IV
0732	Wstrzyknięcie do hemoroidów	IV
0733	Kauteryzacja hemoroidów	IV
0734	Krioterapia hemoroidów	IV
0735	Drenaż przez okolicę krocza	III
0736	Wycięcie zatoki włosowej	IV
0737	Nacięcie ropnia okołodbytniczego	IV
8. Inne narządy jamy brzusznej		Klasa operacji
0801	Przeszczep wątroby	I
0802	Częściowe wycięcie wątroby	II
0803	Usunięcie zmiany wątroby	II
0804	Nacięcie wątroby	III
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	III
0806	Przeznaczyniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	III
0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0808	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	IV
0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0811	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	IV
0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	III
0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	III
0814	Zespolenie przewodu wątrobowego	II
0815	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
0817	Nacięcie przewodu żółciowego	III
0818	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0819	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	IV
0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
0823	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	IV
0824	Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	IV
0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	IV

0826	Alloprzeszczep trzustki	I
0827	Heteroprzeszczep trzustki	I
0828	Autoprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0829	Alloprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0830	Przeszczep komórek wysepek Langerhansa (inny niż wymienione)	I
0831	Całkowite wycięcie trzustki	I
0832	Wycięcie głowy trzustki	II
0833	Usunięcie zmiany trzustki	II
0834	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
0835	Otwarty drenaż trzustki	II
0836	Nacięcie trzustki	III
0837	Całkowite wycięcie śledziony	II
9. Serce, naczynia tętnicze oraz żyłne		Klasa operacji
0901	Przeszczep płuc i serca	I
0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
0903	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda)	I
0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	I
0905	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I
0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	II
0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
0912	Plastyka przedsionka serca	I
0913	Walwuloplastyka mitralna	I
0914	Walwuloplastyka aortalna	I
0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
0918	Rewizja plastyki zastawki serca	II
0919	Otwarta walwulotomia	I
0920	Zamknięta walwulotomia	II
0921	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	II
0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	II
0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
0926	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	I
0927	Otwarta koronaroplastyka	I
0928	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II
0929	Otwarta operacja układu bódźcprzewodzącego serca	I
0930	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	II
0932	Inny stały sposób stymulacji serca	II
0933	Wycięcie osierdzia	I
0934	Drenaż osierdzia	II
0935	Nacięcie osierdzia	II
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I

0938	Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	II
0939	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0940	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
0942	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	II
0943	Przeznaczeniowe zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	II
0944	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
0945	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
0946	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	II
0947	Plastyka aorty	I
0948	Przeznaczeniowa operacja aorty	II
0949	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
0950	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
0951	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
0952	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
0953	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
0954	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
0955	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
0956	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II
0957	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
0958	Przeznaczeniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
0959	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
0960	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
0961	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej	III
0962	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	II
0963	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
0964	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
0965	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy udowej	III
0966	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	II
0967	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
0968	Wycięcie innej tętnicy	II
0969	Operacja naprawcza innej tętnicy	II
0970	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
0971	Zespolenie tętniczko-żyłne	III
0972	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
0973	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	II
0974	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	IV
0975	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
0976	Przeznaczeniowa operacja terapeutyczna naczyń żylnego	IV
10. Układ moczowy		Klasa operacji
1001	Przeszczep nerki	I
1002	Całkowite wycięcie nerki	II
1003	Częściowe wycięcie nerki	III
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	III
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	III
1006	Nacięcie nerki	III
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	IV
1008	Operacja nerki przez nefrostomię	III
1009	Wycięcie moczowodu	II
1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	III
1011	Reimplantacja moczowodu	III
1012	Operacja naprawcza moczowodu	III

1013	Nacięcie moczowodu	III
1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	IV
1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	IV
1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	IV
1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	II
1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
1019	Powiększenie pęcherza	III
1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	IV
1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
1023	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1024	Brzusznna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	III
1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	IV
1030	Wycięcie cewki moczowej	III
1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	IV
1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	IV
1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	IV
11. Narządy płciowe męskie		Klasa operacji
1101	Usunięcie moszny	II
1102	Obustronne wycięcie jąder	II
1103	Usunięcie zmiany jądra	IV
1104	Wycięcie torbieli Morgagniego	IV
1105	Wycięcie przyczepka jądra	IV
1106	Jednostronne wycięcie jądra	III
1107	Obustronne sprowadzenie jąder	III
1108	Jednostronne sprowadzenie jądra	IV
1109	Protezowanie jądra	II
1110	Operacja wodniaka jądra	IV
1111	Operacja najądrza	III
1112	Wycięcie nasieniowodu	III
1113	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	III
1114	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	IV
1115	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
1116	Amputacja prącia	I
1117	Usunięcie zmiany prącia	III
1118	Nacięcie prącia	IV
1119	Uwolnienie (wycięcie) zrostów prącia	III
1120	Uwolnienie bolesnego wzrodu prącia	IV
1121	Operacja plastyczna prącia	III
1122	Protezowanie prącia	II
1123	Operacja napletka	IV
12. Żeński układ rozrodczy		Klasa operacji
1201	Operacja fechtaczki	III
1202	Operacja gruczołu Bartholina	III
1203	Wycięcie sromu	III
1204	Wycięcie zmiany sromu	IV
1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	IV
1206	Nacięcie kanału pochwy	IV

1207	Wycięcie pochwy	III
1208	Nacięcie zrostów pochwy	III
1209	Usunięcie zmiany pochwy	IV
1210	Operacja plastyczna pochwy	III
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
1212	Plastyka sklepienia pochwy	III
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	III
1214	Wycięcie szyjki macicy	III
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	IV
1216	Konizacja szyjki macicy	IV
1217	Zniszczenie zmiany w zakresie macicy	IV
1218	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
1219	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	III
1220	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	IV
1221	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
1222	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
1223	Częściowe lub całkowite wycięcie jajowodu	IV
1224	Wszczepienie protezy jajowodu	III
1225	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	IV
1226	Nacięcie jajowodu	IV
1227	Endoskopowe leczenie jajowodu	IV
1228	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	IV
1229	Częściowe wycięcie jajnika	IV
1230	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	IV
1231	Operacja naprawcza jajnika	IV
1232	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	IV
1233	Nacięcie jajnika	IV
1234	Otwarcie torbieli jajnika	IV
1235	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
1236	Operacja innego więzadła macicy	III
1237	Jednostronne usunięcie jajnika	IV
1238	Obustronne usunięcie jajnika	III
13. Skóra		Klasa operacji
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
1305	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	III
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	III
1310	Przeszczep płata śluzówki	III
1311	Siatkowy autoprzyszczep skóry	III
1312	Przeszczep śluzówki	III
1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	IV
1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	IV
1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	IV
14. Tkanki miękkie		Klasa operacji
1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II

1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
1405	Otwarcie klatki piersiowej	II
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
1408	Jednostronna lub obustronna operacja prostej przepukliny pachwinowej	IV
1409	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej	IV
1410	Operacja prostej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1411	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1412	Operacja przepukliny pachwinowej – inne	IV
1413	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	III
1414	Jednostronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1415	Obustronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1416	Jednostronna operacja przepukliny udowej	IV
1417	Obustronna operacja przepukliny udowej – inna	IV
1418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	III
1419	Plastyka przepukliny pępkowej	IV
1420	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV
1421	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III
1422	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej z otwarciem worka	III
1423	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	III
1424	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo-odbytniczej	III
1425	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	III
1426	Operacja naprawcza przepukliny zastonowej	III
1427	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	III
1428	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	III
1429	Operacja dotycząca pępka	IV
1430	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III
1431	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
1432	Otwarcie jamy otrzewnej	III
1433	Operacja dotycząca sieci	III
1434	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
1435	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
1436	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej metodą otwartą	III
1437	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	IV
1438	Usunięcie zrostów otrzewnowych	IV
1439	Przeszczep powięzi	III
1440	Wycięcie powięzi brzucha	III
1441	Usunięcie zmiany powięzi	III
1442	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV
1443	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
1444	Operacja kaletki maziowej	IV
1445	Przełożenie ścięgna	IV
1446	Wycięcie ścięgna	IV
1447	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
1448	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	III
1449	Uwolnienie ścięgna	IV
1450	Zmiana długości ścięgna	IV
1451	Wycięcie pochewki ścięgna	IV
1452	Przeszczep mięśnia	III
1453	Wycięcie mięśnia	IV

1454	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	IV
1455	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
1456	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	III
1457	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	IV
1458	Drenaż węzła chłonnego	III
1459	Operacja przewodu limfatycznego	III
1460	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	IV
15. Kości oraz stawy		Klasa operacji
1501	Otwarcie szwów czaszkowych	I
1502	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	I
1503	Wytworzenie płata kostnego czaszki	II
1504	Przeszczep kostny do kości czaszki	II
1505	Założenie płytki (sztucznej) do czaszki	II
1506	Inna plastyka kości czaszki	II
1507	Otwarcie czaszki	I
1508	Całkowite wycięcie żuchwy	II
1509	Całkowite wycięcie żuchwy z jednoczasową rekonstrukcją	II
1510	Częściowe wycięcie żuchwy	III
1511	Częściowe wycięcie kości twarzy – inne	III
1512	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
1513	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
1514	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
1515	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	III
1516	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
1517	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
1518	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
1519	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa piersiowego	II
1520	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	II
1521	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	III
1522	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
1523	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
1524	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
1525	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
1526	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
1527	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
1528	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
1529	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
1530	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
1531	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
1532	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
1533	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	II
1534	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
1535	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1536	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1537	Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
1538	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III

1539	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	III
1540	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
1541	Wycięcie kości ektopowej	III
1542	Usunięcie zmiany kości	II
1543	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	III
1544	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	III
1545	Rozdzielenie trzonu kości	II
1546	Rozdzielenie kości stopy	III
1547	Drenaż kości	III
1548	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	II
1549	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/łokciowa	II
1550	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródreżca	II
1551	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	IV
1552	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości miednicy	II
1553	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	II
1554	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	II
1555	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia (noga)	III
1556	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	IV
1557	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne niewyszczególnione kości	IV
1558	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość ramienna	III
1559	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość promieniowa/łokciowa	III
1560	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródreżca	III
1561	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki ręki	IV
1562	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości miednicy	II
1563	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość udowa	II
1564	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	III
1565	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości stępu/kości śródstopia (noga)	III
1566	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki (stopy)	IV
1567	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – inne niewyszczególnione kości	IV
1568	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
1569	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
1570	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV
1571	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	IV
1572	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
1573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
1574	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II

1575	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
1576	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
1577	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
1578	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
1579	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
1580	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
1581	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
1582	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
1583	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	II
1584	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	II
1585	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
1586	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
1587	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
1588	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III
1589	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
1590	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
1591	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	II
1592	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	III
1593	Protezowanie ścięgna	III
1594	Wzmocnienie ścięgna protezą	III
1595	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	III
1596	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
1597	Uwolnienie przykurczu stawu	III
1598	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
1599	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	III
1600	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	III
1601	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	III
1602	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	III
1603	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	III
16. Różne		Klasa operacji
1701	Reimplantacja kończyny górnej	II
1702	Reimplantacja kończyny dolnej	II
1703	Reimplantacja innego narządu	II
1704	Wszczepienie protezy kończyny	I
1705	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
1706	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
1707	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
1708	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	III
1709	Amputacja palucha	III
1710	Przeszczep szpiku kostnego	II
17. Chirurgia prenatalna		Klasa operacji
1701	Zabieg wykonany u płodu, który znajduje się w środowisku wewnątrzmacicznym, w celu terapii schorzeń, w przebiegu których zagrożony jest jego prawidłowy rozwój lub życie, aby nie dopuścić do powstania nieodwracalnych szkód zarówno czynnościowych, jak i strukturalnych	I

Niniejsza tabela operacji medycznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 4/16/01/2024 z 16 stycznia 2024 r.

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

Pojęcia użyte w tej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); w przypadku kilku ran w obrębie jednego obszaru wielkość ran podlega zsumowaniu; maksymalne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6%;

złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub więcej niż jedna linia złamania w obrębie kości);

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 (za każdą kość):	
a)	sklepienia	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.	Urazy śródczaszkowe:	
a)	krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM), leczony zachowawczo	10
b)	krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
6.	Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a)	blozkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b)	okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7.	Uszkodzenia powłok twarzy:	
a)	rany skóry twarzy	2
b)	oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5

8.	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
9.	Ukruszenie zęba (odbyte wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
10.	Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.		
11.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
12.	Utrata szczęki lub żuchwy:	
a)	częściowa	15
b)	całkowita	40
13.	Złamania żuchwy:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
14.	Ubytek podniebienia	15
15.	Urazy języka:	
a)	rany języka powyżej 1 cm	1
b)	częściowa utrata języka	3
c)	całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
16.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a)	jednego oka	15
b)	obu oczu	30
17.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluorosceiną)	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
18.	Ubytki pola widzenia:	
a)	dwuskroniowe	60
b)	dwunosowe	30
c)	jednoimienne	30
d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
19.	Bezsoczewkowość pourazowa:	
a)	w jednym oku	15
b)	w obu oczach	30
20.	Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a)	w jednym oku	5
b)	w obu oczach	15
21.	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
22.	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
23.	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
24.	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
25.	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.

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

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
26.	Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7

27.	Uszkodzenie przełyku:	
a)	leczone operacyjnie (nie obejmuje rekonstrukcji)	7
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
28.	Uszkodzenie skóry szyi:	
a)	rany skóry	1
b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
29.	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a)	rany skóry	1
b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
30.	Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a)	rany brodawki	1
b)	częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c)	krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d)	częściowa lub całkowita utrata sutka	15
31.	Złamania żeber:	
a)	złamanie 1 żebra	0,5
b)	złamania od 2 do 4 żeber	2
c)	złamania od 5 do 10 żeber	7
d)	złamania powyżej 10 żeber	10
32.	Złamanie mostka:	
a)	bez przemieszczenia	2
b)	z przemieszczeniem	4
c)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
33.	Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10
d)	utrata części płuca	15
e)	utrata całego płuca	30
34.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b)	uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
35.	Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
36.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a)	rany skóry	1
b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
c)	rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
37.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a)	leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b)	utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	10
39.	Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a)	uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	4
b)	uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15

40. Uszkodzenia śledziony:		
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c) utrata śledziony	20	
41. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:		
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10	
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100	
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
42. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:		
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c) utrata częściowa nerki	15	
d) utrata całkowita nerki	30	
e) utrata obu nerek	100	
43. Uszkodzenie moczowodu:		
a) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5	
b) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15	
44. Uszkodzenie pęcherza moczowego:		
a) leczone zachowawczo	2	
b) leczone operacyjnie	10	
c) utrata całkowita pęcherza	50	
45. Uszkodzenia cewki moczowej:		
a) leczone zachowawczo	2	
b) leczone operacyjnie, bez względu na metodę	5	
c) leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15	
46. Uszkodzenia prącia:		
a) rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2	
b) częściowa utrata prącia	10	
c) całkowita utrata prącia	40	
47. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:		
a) leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2	
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5	
c) utrata częściowa	10	
d) utrata całkowita	20	
e) utrata całkowita obu jąder lub jajników	40	
48. Utrata macicy	30	
49. 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, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
50. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:		
a) skręcenie	2	

b) zwichnięcie	4	
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5	
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7	
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych oraz wyrostków stawowych (każdy)	1	
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.		
51. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):		
a) skręcenie	1	
b) zwichnięcie	2	
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4	
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7	
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych oraz wyrostków stawowych (każdy)	1	
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.		
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):		
a) skręcenie	2	
b) zwichnięcie	4	
c) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5	
d) złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7	
e) złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych oraz wyrostków stawowych (każdy)	1	
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.		
53. Urazy rdzenia kręgowego:		
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10	
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20	
c) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30	
d) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60	
e) uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100	
J. USZKODZENIA MIEDNICY	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia	
54. Rozejście się spojenia łonowego	5	
55. Skręcenie stawu biodrowego	2	
56. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10	
57. 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
58.	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
59.	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		
60.	Złamania łopatki:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	1
OBOJCZYK		
61.	Złamania obojczyka:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
62.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a)	zwichnięcie I°	1
b)	zwichnięcie II°	3
c)	zwichnięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
63.	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	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	2
f)	złamania leczone protezoplastyką	15
64.	Utrata kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	65
65.	Utrata kończyny wraz z łopatką	70

RAMIĘ		
66.	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b)	złamania otwarte	10
c)	złamania wieloodłamowe	7
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
67.	Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a)	rany skórne	1
b)	uszkodzenie mięśnia dwugłowego lub uszkodzenie ścięgna zaopatrzone chirurgicznie	4
c)	uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68.	Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY		
69.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c)	inne złamania	2
70.	Inne uszkodzenia łokcia:	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ		
71.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
72.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b)	złamania otwarte	7
c)	złamania wieloodłamowe	5
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
73.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a)	rany skórne	1
b)	uszkodzenia mięśni lub ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
75.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK		
76.	Uszkodzenia nadgarstka:	
a)	złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	zwichnięcia	5
e)	skręcenia	1
77.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZA		
78.	Złamania kości śródreżca:	
a)	I kość śródreżca:	

i)	złamania wieloodłamowe	6
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii)	inne złamania	2
b)	II kość śródreżcza:	
i)	złamania wieloodłamowe	4
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
c)	III, IV, V kość śródreżcza:	
i)	złamania wieloodłamowe	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
79.	Rany dłoni (z wyjątkiem palców) i śródreżcza powyżej 3 cm	1
KCIUK		
80.	Utrata w zakresie kciuka:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	6
c)	utrata obu paliczków bez kości śródreżcza	10
d)	utrata obu paliczków z kością śródreżcza	15
81.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	złamania jednomiejscowe 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 śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY		
82.	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 śródreżcza	11
83.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe	4
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
d)	rany	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
84.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
c)	palec III – utrata dwóch paliczków	5
d)	palec III – utrata trzech paliczków	8
e)	utrata palca III z kością śródreżcza	9

f)	palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
g)	palec IV – utrata dwóch paliczków	2
h)	palec IV – utrata trzech paliczków	3
i)	utrata palca IV z kością śródreżcza	4
j)	palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
k)	palec V – utrata dwóch paliczków	2
l)	palec V – utrata trzech paliczków	3
m)	utrata palca V z kością śródreżcza	4
85.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a)	palec III:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
iv)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vi)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
b)	palec IV:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
iv)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
v)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
vi)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
c)	palec V:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii)	inne złamania	1
iii)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
iv)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	1
v)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.		
Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.		
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		
86.	Utrata kończyny dolnej:	
a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
87.	Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO		
88.	Złamanie kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	15

b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	8
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	3
89.	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		
90.	Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a)	skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b)	skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d)	złamania wieloodłamowe	10
e)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f)	inne złamania	3
91.	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
92.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a)	uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b)	uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g)	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE		
94.	Złamanie kości podudzia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	3
95.	Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	3
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
96.	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
97.	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		
98.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a)	skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez min. 2 tygodnie)	1
b)	skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c)	złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d)	złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e)	złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f)	złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g)	złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h)	złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i)	złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j)	złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
99.	Złamania kości skokowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	8
b)	inne złamania	3
100.	Złamania kości piętowej:	
a)	złamania wieloodłamowe	10
b)	inne złamania	4
101.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a)	częściowa utrata	25
b)	całkowita utrata	40
102.	Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a)	złamania wieloodłamowe	6
b)	inne złamania	2
103.	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
104.	Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a)	rany	1
105.	Utrata stopy w całości	45
106.	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
107.	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108.	Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY		
109.	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
110.	Złamania palucha:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	4

b)	złamania otwarte	3
c)	złamania wieloodłamowe	2
d)	inne złamania	1
111.	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
112.	Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113.	Częściowa utrata palców II–V z kością śródstopia (każdy)	1
114.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115.	Utrata palca V z kością śródstopia	4
116.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia ścięgien, częściowa lub całkowita utrata opuszek (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. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
---	---

117.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
b)	nerwu piersiowego długiego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skrórnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	

i)	częściowe	5
ii)	całkowite	25
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
k)	nerwu łokciowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i)	częściowe	7
ii)	całkowite	40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	15
o)	nerwu zasłonowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
p)	nerwu udowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
q)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
r)	nerwu sromowego wspólnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	50
t)	nerwu piszczelowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
u)	nerwu strzałkowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	60
w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10
N. INNE		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
118.	Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej); sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%	0,5
119.	Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej); sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%	0,5
120.	Inne oparzenia I i II stopnia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5

121.	Inne opatrzenia powyżej stopnia IIA:	
a)	rąk – za 1% TBSA	5
b)	kończyn górnych (poza rękami) – 1% TBSA	1
c)	stóp – za 1% TBSA	3
d)	kończyn dolnych (poza stopami) – za 1% TBSA	1
122.	Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej; sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5

123.	Inne skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
-------------	---	-----

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

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 2/28/03/2023 z 28 marca 2023 r.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

<p>1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne</p>	<p>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-obojczykowy, 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</p>
<p>2) Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne</p>	<p>Usunięcie ciała obcego, śródnosowe</p>
<p>3) Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne</p>	<p>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</p>
<p>4) Ambulatoryjne zabiegi ortopedyczne</p>	<p>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 (opatrunek rękawiczkowy); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gipsu piersiowo-ramienny; Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna); Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)</p>

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-obojczykowe; 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; łopatką, całkowite; bark; stawy barkowo-obojczykowe; 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 rozwinięcie 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 rozwinięcie 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; Kineziotaping; 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 (termozele); 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 lędźwiowy 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 lędźwiowy 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

Kod dokumentu: 2451_PID_0323

Ten materiał zawiera kluczowe informacje. Nie jest częścią umowy ubezpieczenia i nie powinien być wyłączną podstawą do tego, aby podjąć decyzję o zawarciu umowy.

Pełne informacje, które dotyczą umowy ubezpieczenia, w tym określają:

- szczegółowy przedmiot ubezpieczenia,
- zakres ochrony ubezpieczeniowej,
- okresy, w których nasza odpowiedzialność, czyli UNIQA Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. (my, czyli UNIQA), jest wyłączona,
- sumy ubezpieczenia i limity,

przekazujemy w innych dokumentach, w szczególności w:

- ogólnych warunkach ubezpieczenia,
- polisie lub innym dokumencie, który poświadcza zawarcie, oraz
- wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie naszej ochrony.
3. W ramach umów dodatkowych zakres ubezpieczenia może obejmować dodatkowe ryzyka w zależności od wybranego zakresu.

Kto może zawrzeć z nami umowę, kogo ubezpieczamy?

4. Umowę zawiera ubezpieczający, który przekazuje składki za ubezpieczenie.
5. Do umowy może przystąpić ubezpieczony, jeśli w dniu, w którym podpisuje deklarację przystąpienia:
 - 1) łączy go z ubezpieczającym stosunek prawny oraz ukończył 16 lat i nie ukończył 69 lat albo
 - 2) jest małżonkiem albo partnerem lub dzieckiem ubezpieczonego głównego oraz ukończył 18 lat i nie ukończył 69 lat.

Jak długo trwa umowa?

6. Umowę zawieramy na okres jednego roku polisy, który liczymy od daty początku ochrony określonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
7. Po upływie każdego rocznego okresu trwania umowy ulega ona przedłużeniu na kolejny roczny okres na tych samych warunkach, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.
8. Każda ze stron może wyrazić wolę nieprzedłużania umowy na kolejny rok. Oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy należy złożyć drugiej stronie na piśmie lub pocztą elektroniczną na 30 dni przed końcem roku polisy.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

9. Ubezpieczający opłaca nam składki za wszystkich ubezpieczonych.
10. Termin płatności składki określamy we wniosku o zawarcie umowy i polisie.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

11. Początek ochrony, który jest jednocześnie datą zawarcia umowy wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
12. Ochronę ubezpieczonego rozpoczynamy od pierwszego dnia miesiąca polisy po spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
 - 1) otrzymaliśmy poprawnie wypełnioną deklarację,
 - 2) ubezpieczający wskazał ubezpieczonego na liście osób, które przystępują do umowy, i opłacił za niego składkę,
 - 3) otrzymaliśmy inne dokumenty niezbędne do objęcia ochroną, o które prosiliśmy,
 - 4) zakończyliśmy pozytywnie ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
13. Ochrona ubezpieczeniowa, której udzielamy ubezpieczonemu, kończy się:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej,
 - 2) z końcem miesiąca następującego po miesiącu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią składkę za wszystkich ubezpieczonych, jednak nie wcześniej niż po upływie dodatkowego terminu na zapłatę, który wskazujemy w wezwaniu do uzupełnienia zaległości,
 - 3) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ubezpieczający odstąpił od umowy podstawowej,

- 4) w dniu śmierci ubezpieczonego,
 - 5) z upływem ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ubezpieczony złożył ubezpieczającemu lub nam oświadczenie o rezygnacji,
 - 6) z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym ubezpieczony ukończył 70. rok życia,
 - 7) z upływem ostatniego dnia roku polisy, jeżeli ubezpieczony nie wyraził zgody na zmianę warunków umowy.
14. W przypadku ubezpieczonego głównego ochrona kończy się ostatniego dnia miesiąca polisy, w którym ustał stosunek prawny między nim a ubezpieczającym, albo w ciągu jednego miesiąca polisy od ustania tego stosunku prawnego, pod warunkiem że ubezpieczający opłacił składkę za ten miesiąc.
 15. W przypadku ubezpieczonego bliskiego ochrona wygasa także wraz z zakończeniem ochrony ubezpieczonego głównego lub z ostatnim dniem miesiąca polisy, w którym ustał związek małżeński z ubezpieczonym głównym.
 16. Niezależnie od przypadków, które opisujemy w pkt 13–15, ogólne warunki umowy, ogólne warunki umów dodatkowych, polisa lub dokument umowy ubezpieczenia mogą przewidywać jeszcze inne przypadki, w których ochrona wygasa, oraz wskazywać na okresy ograniczonej ochrony.

Główne wyłączenia i ograniczenia ochrony – czego nie obejmuje ubezpieczenie?

17. Nie wypłacimy świadczenia, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego, które obejmujemy zakresem ubezpieczenia na podstawie umowy podstawowej oraz umów dodatkowych, doszło wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych,
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach,
 - 3) samobójstwa w okresie dwóch lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.
18. W ramach umów dodatkowych nie odpowiadamy za zdarzenia, które są następstwem:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę ubezpieczonego – niezależnie od stanu poczytalności,
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
19. W przypadku umów dodatkowych, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe powstało w następstwie nieszczęśliwego wypadku, warunki ubezpieczenia przewidują dodatkowe wyłączenia odpowiedzialności.
20. W przypadku umów dodatkowych następujące świadczenia realizujemy na terenie Polski:
 - 1) konsultacje lekarzy specjalistów – dla umów dodatkowych na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego, dziecka, współmałżonka lub partnera oraz urodzenia się dziecka lub urodzenia się dziecka wymagającego leczenia,
 - 2) świadczenia ambulatoryjne i sanatorium – dla umów dodatkowych na wypadek pobytu ubezpieczonego, dziecka, współmałżonka lub partnera w szpitalu,
 - 3) świadczenia opiekuńcze i medyczne – dla umów dodatkowych Opieka24 i MediPomoc,
 - 4) zwrot wydatków na leczenie – dla umowy dodatkowej na wypadek zwrotu kosztów leczenia.
21. Niezależnie od powyższego ogólne warunki umowy, ogólne warunki umów dodatkowych, polisa lub dokument umowy ubezpieczenia mogą przewidywać jeszcze inne okoliczności wyłączające ochronę ubezpieczeniową.

Jak rozwiązać umowę?

22. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od zawarcia umowy, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od zawarcia umowy.
23. Po tym czasie ubezpieczający może rozwiązać umowę przez jej pisemne wypowiedzenie.
24. Ubezpieczający może zrezygnować z przedłużenia umowy przez złożenie nam pisemnego oświadczenia o jej nieprzedłużaniu, najpóźniej 30 dni przed końcem roku polisy.