

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

3. 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.
4. 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 informację 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 w wydychanym powietrzu;
 - 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 udzielamy 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 udzielamy 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 zawrzesz 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:
- pojazdu silnikowego w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motoroweru, rowerze lub pojeździe szynowym,
 - pasażerskiego statku powietrznego,
 - 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:
- 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,
 - podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - 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:
- 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 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 1–5, pkt 8, pkt 11–15, pkt 18–20, pkt 25 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 9–10, pkt 23–24

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 3/12/03/2024 z 12 marca 2024 r. i wchodzi one w życie 15 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 w OWUD w pkt 25. 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:
 - 1) Twoje oraz Twojego współmałżonka albo partnera, albo
 - 2) Twoje oraz jednego Twojego dziecka.
3. W formie rodzinnej ubezpieczamy zdrowie:
 - 1) Twoje oraz Twojego współmałżonka albo partnera i dziecka lub dzieci Twoich lub współmałżonka albo partnera, albo
 - 2) Twoje oraz Twoich dzieci.
4. W ramach ubezpieczenia udostępniamy Tobie oraz osobom współubezpieczonym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia zdrowotne i pokrywamy ich koszty zgodnie z Katalogiem świadczeń zdrowotnych, jeśli zrealizujesz je w placówkach medycznych współpracujących z naszym partnerem medycznym, z zastrzeżeniem pkt 19 i 20.
5. Zakres świadczeń zdrowotnych zależy od formy oraz wariantu ubezpieczenia, które wybierzesz. Dostępne formy i warianty ubezpieczenia wskazujemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

6. Ubezpieczenie Ciebie i osób współubezpieczonych możliwe jest wyłączenie w tym samym wariantcie i formie ubezpieczenia.
7. Możesz zmienić formę lub wariant ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy, a za naszą zgodą także w innym terminie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń zdrowotnych

8. Zakresem ubezpieczenia obejmujemy wyłącznie świadczenia zdrowotne:
 - 1) wymienione w Katalogu świadczeń zdrowotnych, który stanowi załącznik do OWUD, oraz
 - 2) objęte wybranym wariantem ubezpieczenia.
9. Z zastrzeżeniem pkt 19 i 20 nie obejmujemy ochroną świadczeń zdrowotnych innych niż wskazane w pkt 8, a także tych, które zrealizujesz w placówkach medycznych niewspółpracujących z naszym partnerem medycznym.
10. Ochronę ubezpieczeniową świadczymy w wariantcie podstawowym lub rozszerzonym. Oba warianty obejmują również świadczenia zdrowotne, które realizujemy z dopłatą. Dopłata jest to część kosztu za świadczenie zdrowotne, który pokrywasz Ty lub osoba współubezpieczona i który nie jest objęty zakresem ubezpieczenia. Świadczenia zdrowotne, które realizujemy z dopłatą oraz jej wysokość wskazujemy w Katalogu świadczeń zdrowotnych.

– w jaki sposób realizujemy świadczenia zdrowotne

11. Jeżeli zajdzie potrzeba medyczna spowodowana Twoim stanem zdrowia lub osoby współubezpieczonej, udostępniamy osobie zgłaszającej taką potrzebę świadczenia zdrowotne i pokrywamy ich koszty, z zastrzeżeniem że Ty i osoba współubezpieczona musicie

ponieść koszt dopłaty określonej w Katalogu świadczeń zdrowotnych, o ile w danym wypadku dopłata ma zastosowanie.

12. Każda z osób objętych ochroną uzyskuje dostęp do platformy internetowej naszego partnera medycznego, której adres podajemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.
13. Aby korzystać z platformy internetowej naszego partnera medycznego należy założyć konto. Po otwarciu strony internetowej pod adresem, który podajemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia, należy:
 - 1) wpisać wymagane dane, w szczególności kod vouchera, czyli numer PESEL, a w przypadku obcokrajowców – numer dokumentu tożsamości podany w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia, oraz
 - 2) zaakceptować regulaminy naszego partnera medycznego, które są dostępne na platformie internetowej.
14. Aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych należy:
 - 1) uzgodnić termin za pośrednictwem infolinii medycznej lub zgłosić zapotrzebowanie na wizytę na platformie internetowej partnera medycznego;
 - 2) dokonać dopłaty za świadczenie zdrowotne naszemu partnerowi medycznemu – o ile jest wymagana;
 - 3) przybyć do placówki medycznej w uzgodnionym terminie i okazać dokument tożsamości.
15. Aby skorzystać ze świadczenia telekonsultacji należy:
 - 1) zalogować się do platformy internetowej;
 - 2) wybrać specjalizację lekarza, formę telekonsultacji oraz preferowany jej termin;
 - 3) w uzgodnionym terminie oczekiwać na kontakt lekarza.
16. Przed umówionym terminem świadczenia zdrowotnego nasz partner medyczny wysyła SMS z przypomnieniem o wizycie.
17. W przypadku rezygnacji z umówionego świadczenia zdrowotnego należy je odwołać na platformie internetowej zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie realizacji świadczeń zdrowotnych naszego partnera medycznego lub za pośrednictwem infolinii medycznej.
18. Świadczenia zdrowotne są realizowane na zasadach określonych w regulaminie partnera medycznego dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych.

– czy mogę korzystać ze świadczeń zdrowotnych poza siecią placówek medycznych współpracujących z partnerem medycznym

19. Jeśli realizacja świadczenia zdrowotnego w placówkach, które współpracują z naszym partnerem medycznym jest niemożliwa w terminie określonym w Katalogu świadczeń zdrowotnych, Ty lub osoba współubezpieczona możecie skorzystać z danego świadczenia zdrowotnego w dowolnej placówce medycznej.
20. W sytuacji opisanej w pkt 19 należy skontaktować się z infolinią medyczną, która poinformuje, w jaki sposób możesz Ty lub osoba współubezpieczona zrealizować to świadczenie. Na podstawie tego zgłoszenia oraz imiennej faktury nasz partner medyczny zwraca 100% kosztów poniesionych za świadczenia zdrowotne zrealizowane w placówce medycznej, która nie współpracuje z naszym partnerem medycznym, o ile znajdują się one w zakresie ubezpieczenia. Jeśli realizacja świadczenia zdrowotnego wymaga dopłaty, partner medyczny zwraca kwotę faktury pomniejszoną o dopłatę.

Przykład

Jeśli koszt Twojej wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wyniósł 150 zł i przedstawisz fakturę imienną partnerowi medycznemu z prośbą o refundację, to otrzymasz zwrot w wysokości 110 zł (kwotę pomniejszoną o dopłatę w wysokości 40 zł). Zwrot ten otrzymasz, jeśli przed skorzystaniem z tej wizyty uzgodnisz z infolinią medyczną możliwość konsultacji u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej poza siecią placówek współpracujących z partnerem medycznym.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej – kiedy kończy się nasza ochrona

21. Poza przypadkami, które wskazujemy pkt 28–32 OWU, ochrona z tytułu tych OWUD kończy się:
 - 1) w przypadku śmierci Twojego współmałżonka albo partnera lub dziecka – w dniu ich śmierci;

- 2) w przypadku Twojej śmierci – z dniem śmierci w stosunku do Ciebie, a w stosunku do Twojego współmałżonka albo partnera lub dziecka w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka;
- 3) w stosunku do dziecka – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym dziecko ukończyło 25. rok życia.

Obowiązki ubezpieczającego

– co należy do jego obowiązków w stosunku do nas

22. Ubezpieczający zgłasza nam zmiany 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.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

23. Realizacja świadczeń zdrowotnych może opóźnić się lub być ograniczona na skutek strajków, zamieszek, niepokoju społecznego, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, epidemii lub działania siły wyższej.
24. Nie zrealizujemy świadczeń zdrowotnych, jeżeli wynikają z:
 - 1) leczenia uzależnień,
 - 2) diagnozowania i leczenia zaburzeń płodności,
 - 3) leczenia wad wrodzonych oraz ich następstw,
 - 4) leczenia zakażeń wirusem HIV lub zespołu AIDS,
 - 5) leczenia dentystycznego,
 - 6) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza placówki medycznej współpracującej z naszym partnerem medycznym.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

25. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 25 lat i jest dzieckiem:
 - a) w formie partnerskiej – dzieckiem własnym lub przysposobionym ubezpieczonego albo ubezpieczony jest dla niego rodziną zastępczą niezawodową i jednocześnie opiekunem prawnym, lub
 - b) w formie rodzinnej – dzieckiem własnym lub przysposobionym ubezpieczonego, współmałżonka albo partnera ubezpieczonego lub ubezpieczony, współmałżonek albo partner ubezpieczonego jest dla niego rodziną zastępczą niezawodową i jednocześnie opiekunem prawnym;
 - 2) **osoba współubezpieczona** – w zależności od formy ubezpieczenia jest to współmałżonek albo partner oraz dziecko lub dzieci;
 - 3) **partner medyczny** – podmiot, który współpracuje z nami i za pośrednictwem którego realizujemy świadczenia zdrowotne zgodnie z OWUD;
 - 4) **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; 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;
 - 5) **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 oraz zgłaszanie zapotrzebowania na umówienie świadczenia zdrowotnego;
 - 6) **siła wyższa** – zdarzenie zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia, którego skutkiem nie można zapobiec ani przeciwdziałać, które uniemożliwia, opóźnia lub ogranicza wykonanie umowy w całości lub w części, na stałe lub na pewien czas.

Katalog świadczeń zdrowotnych

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Całodobowa pomoc lekarska 24/7/365 Konsultacje w formie rozmowy telefonicznej i czatu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny lub pediatra).	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Telekonsultacje z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Telekonsultacje realizowane są w ciągu 3 h (w godz. 8.00–22.00) lub w ciągu 4 h (w godz. 22.00–8.00) od momentu zgłoszenia takiej potrzeby. Świadczenie dostępne jest w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu przez całą dobę, także w święta i dni wolne. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza, a także konsultację wyników badań, wystawienie e-recepty, wystawienie skierowania na diagnostykę, wystawienie e-zwolnienia.		
internista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz rodzinny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pediatra (nie dotyczy formy indywidualnej)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Telekonsultacje ze specjalistami	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Telekonsultacje realizowane są w ciągu 3 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby. Świadczenie dostępne jest w formie rozmowy telefonicznej, czatu lub wideoczatu przez całą dobę, także w święta i dni wolne. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę specjalisty, a także konsultację wyników badań, wystawienie e-recepty, wystawienie skierowania na diagnostykę, wystawienie e-zwolnienia.		
Dla ubezpieczonych i osób współubezpieczonych powyżej 18. roku życia	17 specjalistów	24 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
onkolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog	limit: 3 konsultacje/ rok polisy	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
urolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
wenerolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
androlog		<input checked="" type="checkbox"/>
hipertensjolog		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
neurochirurg		<input checked="" type="checkbox"/>
położna		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra		limit: 3 konsultacje/ rok polisy
traumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Dla ubezpieczonych poniżej 18. roku życia	11 specjalistów	15 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog	limit: 3 konsultacje/ rok polisy	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog		<input checked="" type="checkbox"/>
okulista		<input checked="" type="checkbox"/>
onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
urolog		<input checked="" type="checkbox"/>
Konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (internista, lekarz rodzinny lub pediatra)	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji
Konsultacje realizowane są w ciągu 2 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby, w placówkach medycznych współpracujących z naszym partnerem medycznym. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.		
internista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz rodzinny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pediatra (nie dotyczy formy indywidualnej)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Konsultacje ze specjalistami	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji	bez limitu dopłata 40 zł do każdej konsultacji
Konsultacje realizowane są w ciągu 5 dni roboczych od momentu zgłoszenia takiej potrzeby, w placówkach medycznych współpracujących z naszym partnerem medycznym. Konsultacje nie wymagają skierowania lekarskiego. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy, którzy są na stanowiskach: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.		
Dla ubezpieczonych i osób współubezpieczonych powyżej 18. roku życia	16 specjalistów	33 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
onkolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
urolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
wenerolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
androlog		<input checked="" type="checkbox"/>
anestezjolog		<input checked="" type="checkbox"/>
audiolog		<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg naczyniowy		<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog-endokrynolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hematolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hepatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
lekarz chorób zakaźnych		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
neurochirurg		<input checked="" type="checkbox"/>
proktolog		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra		<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog		<input checked="" type="checkbox"/>
rehabilitant		<input checked="" type="checkbox"/>
reumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
traumatolog		<input checked="" type="checkbox"/>
Dla ubezpieczonych poniżej 18. roku życia	12 specjalistów	20 specjalistów
alergolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg ogólny	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
dermatolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
endokrynolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
gastroenterolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ginekolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
kardiolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
laryngolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
neurolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
okulista	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ortopeda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
pulmonolog	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
chirurg onkolog		<input checked="" type="checkbox"/>
diabetolog		<input checked="" type="checkbox"/>
hematolog		<input checked="" type="checkbox"/>
nefrolog		<input checked="" type="checkbox"/>
psychiatra		<input checked="" type="checkbox"/>
psycholog		<input checked="" type="checkbox"/>
rehabilitant		<input checked="" type="checkbox"/>
urolog		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Zabiegi ambulatoryjne	bez limitu bez dopłaty*	bez limitu bez dopłaty*
<p>Zabiegi ambulatoryjne są wykonywane przez lekarza (w ramach konsultacji lekarskiej) lub przez pielęgniarkę, jeśli istnieje wskazanie medyczne i możliwość ich wykonania w warunkach ambulatoryjnych w placówce medycznej współpracującej z naszym partnerem medycznym. Zabiegi realizowane są bez skierowania lekarskiego.</p> <p>* Świadczenie obejmuje materiały i środki medyczne, takie jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowicę – antytoksynę tężcową, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne.</p> <p>Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do zabiegów od ubezpieczonego lub osoby współubezpieczonej pobierana jest opłata zgodnie z cennikiem placówki medycznej.</p>		
Zabiegi chirurgiczne: <ul style="list-style-type: none"> • opatrunek chirurgiczny • opatrzenie drobnych urazów • opatrzenie oparzeń, odmrożeń • usunięcie ciała obcego • usunięcie kleszcza • założenie i zdjęcie gipsu tradycyjnego • założenie i zmiana prostego opatrunku • zdjęcie szwów 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • szycie rany do 3 cm • toaleta rany • unieruchomienie kończyn i stawów • założenie sączka • znieczulenie miejscowe 		☑
Zabiegi dermatologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • dermatoskopia 	☑	☑
Zabiegi ginekologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • podstawowa cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje badania na podłożu płynnym) 	☑	☑
Zabiegi laryngologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • donosowe podanie leku obkurczającego • odessanie wydzieliny z nosa lub przewodów nosa • opatrunek uszny z lekiem • pędzlowanie gardła • płukanie uszu • postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa • przedmuchiwanie trąbki słuchowej • usunięcie ciała obcego z ucha, nosa, gardła • usunięcie tamponady przedniej • założenie tamponady przedniej • zdjęcie szwów 	☑	☑
Zabiegi okulistyczne: <ul style="list-style-type: none"> • badanie dna oka • badanie lampą szczelinową • badanie ostrości widzenia • badanie pola widzenia • badanie widzenia przestrzennego • dobór szkieł korekcyjnych • gonioskopia • komputerowe badanie wzroku • płukanie dróg łzowych • podanie leku przez okulistę • pomiar ciśnienia śródgałkowego • usunięcie ciała obcego z oka, powieki 	☑	☑
Zabiegi ortopedyczne: <ul style="list-style-type: none"> • opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia) • unieruchomienie kończyn i stawów • założenie opaski elastycznej i temblaka • zmiana opatrunku i toaleta rany 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • unieruchomienie żeber opatrunkiem plastrowym • założenie i zdjęcie gipsu tradycyjnego • założenie szyny Kramera • założenie szyny Zimmera • założenie/dopasowanie ortezy (bez kosztu ortezy) • znieczulenie miejscowe 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Zabiegi pielęgniarskie: <ul style="list-style-type: none"> • badanie palpacyjne piersi • iniekcja domięśniowa • iniekcja dożylna • iniekcja podskórna • opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia) • pobranie krwi • podanie leku, w tym dożylny wlew kroplowy • pomiar RR, w tym tętna • pomiar temperatury ciała • pomiar wzrostu i wagi • próba uczuleniowa na lek • zdjęcie szwów • zmiana opatrunku i toaleta rany 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Zabiegi urologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • cewnikowanie pęcherza moczowego • wymiana cewnika 		<input checked="" type="checkbox"/>
Testy alergologiczne: <ul style="list-style-type: none"> • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy (1 punkt) • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel pokarmowy (10 punktów) • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny (1 punkt) • testy uczuleniowe metodą nakłuć panel wziewny (10 punktów) • testy alergiczne płatkowe (1 alergen) • testy alergiczne płatkowe (10 alergenów) • odczulanie bez kosztu leku 		<input checked="" type="checkbox"/>
Diagnostyka laboratoryjna Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Badania biochemiczne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • albumina • ALT • białko całkowite • cholesterol całkowity • cholesterol HDL • cholesterol LDL bezpośredni • CRP ilościowo • glukoza na czczo • sód • trójglicerydy • wapń całkowity • żelazo 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • amylaza • Apo A1 • AST • bilirubina całkowita • bilirubina wolna (pośrednia) • chlorki • CK-MB, aktywność • CPK • CRP jakościowo • dehydrogenaza mleczanowa (LDH) • ferrytyna • fosfataza kwaśna • fosfataza kwaśna sterczowa • fosfataza zasadowa (ALP) • fosfor • GGTP • jonogram • kreatynina • kwas foliowy • kwas moczowy • lipaza • magnez • mocznik • potas • proteinogram 		<input checked="" type="checkbox"/>

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
<ul style="list-style-type: none"> • próby wątrobowe (ALT, AST, ALP, BIL, GGTP) • test obciążenia glukozą • test obciążenia żelazem – krzywa wchłaniania 120 min po obciążeniu • TIBC • transferyna • troponina ilościowo • ASO ilościowo • odczyn Waalera-Rosseggo 		☑
Badania hematologiczne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • APTT • morfologia krwi obwodowej bez rozmazu • morfologia krwi obwodowej z rozmazem (pełnym różnicowaniem granulocytów) • OB • płytki krwi • PT (INR) 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • czas trombinowy • D-dimer ilościowo • eozynofilia bezwzględna (manualnie) • fibrynogen • rozmaz krwi (manualnie) 		☑
Badania hormonalne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • fT₃ • fT₄ • insulina na czczo • TSH 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • beta-HCG • estradiol • estriol wolny • FSH • LH • progesteron • prolaktyna • T₃ • T₄ • testosteron całkowity 		☑
Badania immunologiczne i diagnostyka alergii z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • immunoglobulina IgA • immunoglobulina IgG • immunoglobulina IgM • immunoglobuliny E całkowite (IgE) 		☑
Badania kału: <ul style="list-style-type: none"> • kał – badanie ogólne 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • badanie kału w kierunku jaj pasożytów • kał – krew utajona (bez diety) • owsiki (wymaz parazytologiczny) 		☑
Badania moczu: <ul style="list-style-type: none"> • mocz – badanie ogólne 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • białko w moczu • bilirubina w moczu • kortyzol w moczu • kreatynina w moczu • kwas moczowy w moczu ze zbiórki dobowej • magnez w moczu ze zbiórki dobowej • mocznik w moczu • mocznik w moczu ze zbiórki dobowej • potas w moczu • potas w moczu ze zbiórki dobowej • sód w moczu • sód w moczu ze zbiórki dobowej • wapń w moczu • wapń całkowity w moczu ze zbiórki dobowej • wolny aldosteron w moczu ze zbiórki dobowej 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem: <ul style="list-style-type: none"> • badanie mykologiczne • kał posiew (bad. mykol.) • plwocina posiew (bad. mykol.) • posiew krwi • posiew moczu (bad. mykol.) • posiew ropy • wymaz z jamy ustnej • wymaz z jamy ustnej (bad. mykol.) • wymaz z języka • wymaz z migdałków • wymaz z nosa • wymaz z nosa (bad. mykol.) • wymaz z rany (bad. mykol.) • wymaz z kanału szyjki macicy – beztlenowo • wymaz z nosogardzieli (bad. bakter.) • wymaz z odbytnicy z kierunku paciorkowców grupy B (GBS) • wymaz z owrzodzenia (bad. bakter.) • wymaz z pępka (bad. bakter.) • wymaz z pochwy (bad. bakter.) • wymaz z pochwy (czystość pochwy) • wymaz z rany (bad. bakter.) 		☑
Markery nowotworowe – badania z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • CA 125 • CA 15-3 • CA 19-9 • CEA • PSA całkowity • PSA wolny 		☑
Badania serologiczne z krwi: <ul style="list-style-type: none"> • HBs antygen • HBs przeciwciała • HCV przeciwciała • Helicobacter pylori IgA • tyreoglobulina 		☑
Diagnostyka obrazowa Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Badania radiologiczne (RTG): <ul style="list-style-type: none"> • mammografia 2-stronna • RTG jamy brzusznej • RTG klatki piersiowej AP • RTG klatki piersiowej bok • RTG klatki piersiowej PA i bok • RTG kończyny dolnej • RTG kończyny górnej 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • RTG czaszki • RTG dłoni • RTG dłoni (ręki) – AP + bok • RTG dłoni (ręki) – porównawcze obu rąk • RTG dłoni (ręki) – AP • RTG dłoni (ręki) – bok • RTG dłoni (ręki) – AP + bok + skos • RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego • RTG gruczołów ślinowych • RTG jelit z kontrastem (wlew doodbytniczy) • RTG klatki piersiowej z barytem – AP • RTG klatki piersiowej z barytem – AP + bok • RTG klatki piersiowej z barytem – bok • RTG kolan • RTG kolan – AP + bok • RTG kości podudzia – AP i bok • RTG kości krzyżowej • RTG kości nosa – 2 boki • RTG kości nosowej 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
<ul style="list-style-type: none"> • RTG kości ogonowej – AP + bok • RTG kości ogonowej – bok wraz z kością guziczną • RTG kości ogonowej – bok/AP – jedna projekcja • RTG kości podudzia – ze stawem kolanowym AP • RTG kości podudzia – ze stawem kolanowym bok • RTG kości podudzia – ze stawem skokowym AP • RTG kości podudzia – ze stawem skokowym bok • RTG kości podudzia – porównawcze obu kończyn • RTG kości ramieniowej – porównawcze AP obu kości • RTG kości ramieniowej – porównawcze projekcja osiowa obu kości • RTG kości ramieniowej – AP • RTG kości ramieniowej – AP + bok • RTG kości ramieniowej – ze stawem barkowym osiowe • RTG kości twarzy okolicy czołowej • RTG kości udowej – ze stawem biodrowym AP • RTG kości udowej – ze stawem biodrowym bok • RTG kości udowej – ze stawem kolanowym AP • RTG kości udowej – ze stawem kolanowym bok • RTG kręgosłupa w pozycji stojącej • RTG kręgosłupa całego, tj. kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego – AP • RTG kręgosłupa całego, tj. kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego – AP + bok • RTG kręgosłupa czynnościowe • RTG kręgosłupa lędźwiowego – 2 rzuty • RTG kręgosłupa lędźwiowego – czynnościowe • RTG kręgosłupa lędźwiowego – celowane na stawy krzyżowe AP • RTG kręgosłupa lędźwiowego – celowane na stawy krzyżowe AP + bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego – celowane na stawy krzyżowe projekcja skośna • RTG kręgosłupa lędźwiowego – AP • RTG kręgosłupa lędźwiowego – AP + bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego – AP + bok + skośna • RTG kręgosłupa lędźwiowego – bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego – projekcja skośna • RTG kręgosłupa piersiowego – AP i bok • RTG kręgosłupa piersiowego – AP, bok i skosy • RTG kręgosłupa piersiowego – AP • RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa piersiowego w projekcji skośnej • RTG kręgosłupa szyjnego – AP, bok i skosy • RTG kręgosłupa szyjnego – AP i bok • RTG kręgosłupa szyjnego czynnościowe • RTG kręgosłupa szyjnego – AP • RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji bocznej • RTG kręgosłupa szyjnego w projekcji skośnej • RTG kręgu szczytowego i obrotowego • RTG krtani • RTG łopatek porównawcze • RTG łopatki – 1 rzut • RTG łuków jarzmowych – 2 rzuty • RTG miednicy • RTG miednicy małej • RTG mostka – AP • RTG mostka – bok • RTG nadgarstka • RTG obojczyka – 1 rzut • RTG oczodołów – 1 rzut • RTG palca • RTG podstawy czaszki • RTG podżebrza • RTG przedramienia – porównawcze AP + bok obu kości • RTG przedramienia – AP • RTG przedramienia – AP + bok • RTG przeglądowe jamy brzusznej • RTG stawów biodrowych – porównawcze obu stawów (dorośli) • RTG stawów biodrowych – AP (dorośli) • RTG stawów biodrowych – projekcja osiowa (dorośli) • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – AP • RTG stawów krzyżowo-biodrowych – AP + projekcja skośna • RTG stawów mostkowo-obojczykowych • RTG stawów skokowych – porównawcze obu stawów 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
<ul style="list-style-type: none"> • RTG stawów skokowych – AP + bok • RTG stawu barkowego – AP • RTG stawu barkowego – projekcja osiowa • RTG stawu łokciowego • RTG stóp • RTG ścięgna Achillesa • RTG trzeciego migdała • RTG żeber – projekcja bok • RTG żeber – projekcja skośna • RTG żeber – PA 		☑
Badania ultrasonograficzne (USG): Świadczenie nie obejmuje badań USG w wersji 3D i 4D: <ul style="list-style-type: none"> • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne • USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne) • USG jamy brzusznej • USG tarczycy 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> • USG drobnych stawów i więzadeł • USG gruczołu krokowego przezodbytnicze (transrektalne) • USG jąder i najądrzy (moszny) • USG miednicy małej • USG mięśni (jedna okolica anatomiczna) • USG nadgarstka • USG narządów rodnych przez powłoki brzuszne • USG palca • USG pęcherza moczowego • USG piersi • USG prostaty • USG przeziemiączkowe (dzieci) • USG ręki • USG stawów biodrowych (dzieci) • USG stawów łokciowych • USG stawów skokowych • USG stawu barkowego (ramiennego) • USG stawu biodrowego • USG stawu biodrowego (dzieci) • USG stawu kolanowego • USG stopy • USG ścięgna • USG ślinianek • USG tkanek miękkich • USG tkanki podskórnej • USG transrektalne – prostata, odbyt, odbytnica • USG układu moczowego • USG węzłów chłonnych • USG dopplerowskie kończyn dolnych (obie kończyny) • USG dopplerowskie kończyn górnych tętnicy (obie kończyny) • USG dopplerowskie szyi • USG dopplerowskie tętnic domózgowych (tętnic szyi – szyjnych i kręgowych) • USG szyi (w tym krtani) 		☑
Diagnostyka obrazowa specjalistyczna Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.		bez limitu dopłata 140 zł do każdego badania
Badania endoskopowe: <ul style="list-style-type: none"> • anoskopia • anoskopia z pobraniem wycinka i badaniem histopatologicznym • gastroskopia • gastroskopia z biopsją (bez znieczulenia) • gastroskopia test ureazowy, pobranie wycinka (bez znieczulenia) • kolonoskopia (bez znieczulenia) • kolonoskopia z biopsją (bez znieczulenia) • rektoskopia • rektoskopia z biopsją • sigmoidoskopia • sigmoidoskopia z biopsją (bez znieczulenia) • sigmoidoskopia z pobraniem wycinka i badaniem histopatologicznym (bez znieczulenia) • znieczulenie miejscowe 		☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Tomografia komputerowa (TK) w zależności od zalecenia lekarskiego z kontrastem: dożylnym, doustnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO): <ul style="list-style-type: none"> TK głowy TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej (bez TK aorty) TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo-krzyżowego TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego TK (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego TK klatki piersiowej TK kości skroniowej (uszu) TK krtani, nosogardła TK miednicy mniejszej TK nerek i nadnerczy TK oczodołów TK stawu kolanowego TK stawów TK stawów biodrowych TK stopy TK szyi TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorty) TK twarzoczaszki TK zatok 		☑
Rezonans magnetyczny (RM) w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem: dożylnym lub bez (z wyłączeniem badań w opcji naczyniowej – angiografii/ANGIO): <ul style="list-style-type: none"> RM głowy RM jamy brzusznej i miednicy mniejszej RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka lędźwiowo-krzyżowego RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka piersiowego RM (kręgosłupa) kanału rdzeniowego na poziomie odcinka szyjnego RM klatki piersiowej RM kończyn dolnych RM miednicy RM oczodołów RM przysadki RM stawu barkowego, kolanowego, biodrowych RM stawu łokciowego RM stawu mostkowo-obojczykowego RM szyi RM twarzoczaszki RM zatok 		☑
Badania czynnościowe Badania realizowane są na podstawie skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
Badania narządu słuchu: <ul style="list-style-type: none"> audiometria impedancyjna tympanometria 		☑
Badania układu krążenia: <ul style="list-style-type: none"> EKG spoczynkowe bez opisu EKG spoczynkowe z opisem 	☑	☑
<ul style="list-style-type: none"> echokardiografia – ECHO serca (dorośli) EKG wysiłkowe Holter EKG Holter RR (24-godzinne badanie ciśnienia tętniczego) 		☑
Badania układu moczowego: <ul style="list-style-type: none"> badanie uroflowmetryczne urografia 		☑
Badania układu oddechowego: <ul style="list-style-type: none"> spirometria – standardowa bez leku spirometria z lekiem 		☑
Badania profilaktyczne Świadczenie obejmuje wykonanie 1 raz w roku badań profilaktycznych bez skierowania lekarskiego.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
<ul style="list-style-type: none"> cholesterol całkowity glukoza na czczo mocz – badanie ogólne morfologia + płytki + rozmaz automatyczny podstawowa cytologia wymazu szyjki macicy 	☑	☑

Zakres świadczeń zdrowotnych	Wariant	
	podstawowy	rozszerzony
Szczepienia Świadczenie obejmuje konsultację lekarską kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.	bez limitu bez dopłaty	bez limitu bez dopłaty
anatoksyna przeciw tężcowi (TT)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
szczepienie przeciwko grypie sezonowej		<input checked="" type="checkbox"/>
szczepienie ochronne przeciwko WZW A i B		<input checked="" type="checkbox"/>
Wizyty domowe		bez limitu dopłata 40 zł do każdej wizyty
<p>Świadczenie odbywa się w miejscu wskazanym przez ubezpieczonego lub osobę współubezpieczoną i obejmuje badanie fizykalne, zebranie wywiadu chorobowego, postawienie diagnozy, zalecenia co do sposobu leczenia oraz wystawienie recept. Świadczenie jest realizowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (internistę, lekarza rodzinnego lub pediatrę), pielęgniarkę lub ratownika medycznego, wyłącznie w przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, który uniemożliwia ubezpieczonemu lub osobie współubezpieczonej przybycie do placówki medycznej.</p> <p>Świadczenie realizowane jest na terytorium określonym przez partnera medycznego (informacja o organizacji wizyty domowej dostępna jest na infolinii partnera medycznego). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu przez infolinię lub po konsultacji telemedycznej z lekarzem, pielęgniarką lub ratownikiem.</p>		
Wizyta domowa lekarska, pielęgniarska lub z ratownikiem medycznym w godz. 8.00–22.00		<input checked="" type="checkbox"/>
Rehabilitacja		20 zabiegów bez dopłaty / rok polisy
Zakres i rodzaj zabiegów realizowany jest na podstawie skierowania lekarskiego w placówkach medycznych wskazanych przez partnera medycznego. Świadczenia realizowane są po urazie, który wystąpił w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.		
Fizykoterapia		
<ul style="list-style-type: none"> • elektrostymulacja • galwanizacja • jonoforeza • krioterapia miejscowa • laser • pole magnetyczne • prądy diadynamiczne (DD) • prądy interferencyjne • prądy TENS • prądy Traeberta • terapuls • ultradźwięki 		<input checked="" type="checkbox"/>
Kinezyterapia		
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia usprawniające • masaż wirowy • masaż perełkowy • masaż podwodny 		<input checked="" type="checkbox"/>

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 15–17, pkt 22
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 6–13, pkt 19–21

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 3/12/03/2024 z 12 marca 2024 r. i wchodzi one w życie 15 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 w OWUD w pkt 22. 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:
 - 1) Twoje oraz Twojego współmałżonka albo partnera, albo
 - 2) Twoje oraz jednego Twojego dziecka.
3. W formie rodzinnej ubezpieczamy zdrowie:
 - 1) Twoje oraz Twojego współmałżonka albo partnera i dziecka lub dzieci Twoich lub współmałżonka albo partnera, albo
 - 2) Twoje oraz Twoich dzieci.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt w sanatorium – Twój lub każdej osoby współubezpieczonej – w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zakres ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach skorzystasz ze świadczenia

6. Zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu – Twojego lub osoby współubezpieczonej – w sanatorium, jeśli:

- 1) w okresie naszej ochrony Ty lub osoba współubezpieczona przebywaliście w szpitalu w celu leczenia związanego z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą oraz
- 2) pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie 4 dni w przypadku choroby lub 1 dzień w przypadku nieszczęśliwego wypadku, oraz
- 3) Ty lub osoba współubezpieczona otrzymaliście w okresie ochrony ubezpieczeniowej od lekarza prowadzącego leczenie pisemne skierowanie na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację w sanatorium.
7. W ramach świadczenia sanatoryjnego organizujemy i pokrywamy koszty pobytu w sanatorium, które obejmują zakwaterowanie, żywnienie oraz zalecone w sanatorium zabiegi – do limitu 4000 złotych w roku polisy. Limit stanowi górną granicę naszej odpowiedzialności na jedno świadczenie sanatoryjne dla Ciebie lub każdej osoby współubezpieczonej.
8. W ramach świadczenia sanatoryjnego możemy zorganizować dla Ciebie lub osoby współubezpieczonej transport do i z sanatorium. Koszt tej usługi wyliczany jest do limitu określonego w pkt 7.
9. Jeżeli świadczenie sanatoryjne jest zgodne ze skierowaniem i przekroczy limit 4000 złotych, zrealizujemy je, jeśli zgodzisz się:
 - 1) pokryć różnicę między kosztami za całość leczenia w sanatorium a limitem 4000 złotych lub
 - 2) zmienić parametry związane z pobytem w sanatorium w taki sposób, aby koszt pobytu nie przekraczał limitu, o którym mowa w pkt 7.
10. Świadczenie sanatoryjne realizujemy wyłącznie, jeśli pobyt w sanatorium ma miejsce w Polsce.
11. Ty lub osoba współubezpieczona możecie skorzystać z pobytu w sanatorium maksymalnie przez 24 miesiące, które liczymy od następnego dnia roboczego po zakończeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w pkt 6.

12. Zorganizujemy pobyty w sanatorium dla Ciebie i osoby współubezpieczonej oraz pokryjemy ich koszty do limitu:
 - 1) 4000 zł w roku polisy w przypadku Twojego pobytu,
 - 2) 4000 zł w roku polisy w przypadku pobytu każdej z osób współubezpieczonych,
 w zależności od wybranej formy i wariantu.
13. Aby uzyskać świadczenie Ty lub osoba współubezpieczona, lub osoba, która występuje w jej imieniu, powinniście skontaktować się za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej naszego partnera medycznego lub telefonicznie z Centrum Operacyjnym oraz:
 - 1) wyjaśnić pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich znajduje się osoba uprawniona do świadczenia i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do informacji medycznych niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia;
 - 2) podać imię i nazwisko, numer PESEL i w miarę możliwości numer telefonu osoby uprawnionej do świadczenia;
 - 3) podać numer polisy.
14. Na podstawie przekazanej dokumentacji medycznej poinformujemy Ciebie lub osobę współubezpieczoną, czy przysługuje uprawnienie do świadczenia sanatoryjnego, oraz w uzgodnieniu z Tobą lub osobą współubezpieczoną ustalimy termin i miejsce realizacji świadczenia sanatoryjnego.

– czy mogę korzystać z pobytu w sanatorium poza placówkami współpracującymi z partnerem medycznym
15. Jeśli Ty lub osoba współubezpieczona nie jesteście w stanie skorzystać z pobytu w sanatorium, który zorganizujemy, możecie – po wcześniejszym uzyskaniu naszej zgody za pośrednictwem Centrum Operacyjnego – skorzystać z wybranego przez siebie sanatorium poza placówkami, które współpracują z naszym partnerem medycznym.
16. Jeśli za naszą zgodą Ty lub osoba współubezpieczona skorzystacie z pobytu w sanatorium poza placówkami, które współpracują z naszym partnerem medycznym, zwrócimy poniesione koszty pobytu w sanatorium, o ile pobyt jest zgodny ze skierowaniem, o którym mowa w pkt 6 ppkt 3, do wysokości limitu 4000 zł. Zwrotu dokonujemy w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów zgodnie z pkt 17.
17. Aby uzyskać zwrot kosztów pobytu w sanatorium, należy złożyć partnerowi medycznemu wniosek o refundację kosztów wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz imienną fakturę lub rachunek za pobyt w sanatorium.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej – kiedy kończy się nasza ochrona

18. Poza przypadkami, które wskazujemy pkt 28–32 OWU, ochrona z tytułu tych OWUD kończy się:
 - 1) w przypadku śmierci Twojego współmałżonka albo partnera lub dziecka – w dniu ich śmierci,
 - 2) w przypadku Twojej śmierci – z dniem śmierci w stosunku do Ciebie, a w stosunku do Twojego współmałżonka albo partnera lub dziecka – w ostatnim dniu okresu, za który została opłacona składka,
 - 3) w stosunku do dziecka – z upływem ostatniego dnia roku polisy, w którym dziecko ukończyło 25. rok życia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

19. Realizacja świadczenia może opóźnić się lub 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.
20. Nie przyznamy świadczenia sanatoryjnego po pobycie w szpitalu, jeżeli leczenie w szpitalu wiązało się z:
 - 1) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi;
 - 2) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia następstw nieszczęśliwych wypad-

ków lub następstw choroby nowotworowej, lub leczenia wad wrodzonych;

- 3) porodem lub połogiem, lub niepowikłaną ciążą;
 - 4) zabiegiem operacyjnym cięcia cesarskiego, o ile konieczność przeprowadzenia zabiegu nie była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 5) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której było prowadzone to leczenie.
21. W przypadku świadczenia sanatoryjnego nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów pobytu, za zdarzenie ubezpieczeniowe, które powstało wskutek:
 - 1) działania ubezpieczonego lub osoby współubezpieczonej pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których ubezpieczony lub osoba współubezpieczona byli pasażerami lub członkami załogi statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 3) uprawiania dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki;
 - 4) uczestniczenia ubezpieczonego lub osoby współubezpieczonej w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - 5) zatrucia się przez ubezpieczonego lub osoby współubezpieczonej substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 6) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania ubezpieczonego lub osoby współubezpieczonej w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99).

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

22. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **dziecko** – dziecko, które nie ukończyło 25 lat i jest:
 - a) w formie partnerskiej – dzieckiem własnym lub przysposobionym ubezpieczonego albo ubezpieczony jest dla niego rodziną zastępczą niezawodową i jednocześnie opiekunem prawnym, lub
 - b) w formie rodzinnej – dzieckiem własnym lub przysposobionym ubezpieczonego, współmałżonka albo partnera ubezpieczonego lub ubezpieczony, współmałżonek albo partner ubezpieczonego jest dla niego rodziną zastępczą niezawodową i jednocześnie opiekunem prawnym;
 - 2) **osoba współubezpieczona** – w zależności od formy ubezpieczenia jest to współmałżonek albo partner oraz dziecko lub dzieci;
 - 3) **partner medyczny** – podmiot, który współpracuje z nami i za pośrednictwem którego realizujemy świadczenie sanatoryjne zgodnie z OWUD;
 - 4) **pobyt w szpitalu** – udokumentowany stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu, który służy zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia; za dzień pobytu w szpitalu uznajemy dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu przyjmujemy dzień przyjęcia do szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala; wpis i wypis ze szpitala nie mogą mieć miejsca tego samego dnia;
 - 5) **sanatorium** – znajdujący się na terenie Polski zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany na obszarze uzdrowiska, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego.