

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

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

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

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

Ważne informacje

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje życie.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
 - 1) wystąpienie u Ciebie stanu medycznego po raz pierwszy w czasie ochrony, lub
 - 2) wystąpienie u Ciebie urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, który zdarzył się w okresie ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– jakie świadczenia i na jakich zasadach otrzymasz

3. Jeśli wystąpi u Ciebie stan medyczny lub uraz spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, za pośrednictwem partnera medycznego:
 - 1) zorganizujemy opracowanie drugiej opinii medycznej i pokryjemy jej koszty;
 - 2) zorganizujemy pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia.
4. Świadczenia organizujemy po przeanalizowaniu dokumentacji pierwszej opinii medycznej.

Druga opinia medyczna

5. Zorganizujemy proces i pokryjemy koszty sporządzenia drugiej opinii medycznej przez eksperta medycznego. Druga opinia medyczna nie obejmuje bezpośredniej konsultacji ani bezpośredniego kontaktu z ekspertem medycznym.
6. W ramach organizacji procesu sporządzenia drugiej opinii medycznej za pośrednictwem partnera medycznego:
 - 1) udzielimy Ci informacji o dokumentacji medycznej umożliwiającej jej wydanie;
 - 2) zapewnimy tłumaczenie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu Twojego zdrowia, niezbędnej do wydania drugiej opinii medycznej;
 - 3) prześlemy przetłumaczoną dokumentację medyczną ekspertowi medycznemu;
 - 4) zapewnimy wydanie drugiej opinii medycznej przez eksperta medycznego;
 - 5) przetłumaczymy drugą opinię medyczną na język polski;
 - 6) udostępniemy Ci drugą opinię medyczną.
7. Aby uzyskać drugą opinię medyczną, przekaż partnerowi medycznemu:
 - 1) formularz zgłoszenia udostępniony przez nas lub partnera medycznego;
 - 2) dokumentację medyczną umożliwiającą wydanie drugiej opinii medycznej.Dokumentację medyczną dostarczasz do partnera medycznego na własny koszt.

8. Jeżeli zgodnie z opinią eksperta medycznego konieczne jest uzupełnienie dokumentacji medycznej złożonej przez Ciebie, zobowiązany jesteś do jej uzupełnienia.
9. Jeśli zdaniem eksperta medycznego do wydania drugiej opinii medycznej konieczny jest wynik badania histopatologicznego, partner medyczny pokryje jego koszty, o ile zgodzisz się poddać temu badaniu.
10. Partner medyczny wyśle do Ciebie drugą opinię medyczną w terminie 30 dni od daty otrzymania Twojego zgłoszenia wydania tej opinii. Jeśli sporządzenie drugiej opinii medycznej w tym terminie okaże się niemożliwe, partner medyczny zapewni jej przygotowanie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności jej sporządzenie będzie możliwe.
11. Przysługuje Ci jedna druga opinia medyczna w stosunku do danego zdarzenia. Jeśli Twój stan zdrowia się zmieni i będzie to potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, na Twój wniosek przysługuje Ci kolejna druga opinia medyczna.
12. Lekarz partnera medycznego współpracuje z Tobą lub Twoim opiekunem prawnym w celu zgromadzenia pełnej historii choroby oraz dokumentacji medycznej.
13. Raport drugiej opinii medycznej zawiera:
 - 1) opis historii Twojej choroby lub stanu zdrowia;
 - 2) opinię eksperta medycznego na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - 3) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia zalecanego przez eksperta medycznego;
 - 4) odpowiedzi na Twoje pytania dotyczące Twego przypadku medycznego – jeśli zostały zadane;
 - 5) bibliografię czasopism i artykułów odpowiednich dla Twojego przypadku medycznego;
 - 6) informacje o osiągnięciach zawodowych i doświadczeniach zawodowych eksperta medycznego, który przygotował drugą opinię medyczną.
14. My oraz partner medyczny nie ponosimy odpowiedzialności za skutki interpretacji informacji zawartych w drugiej opinii medycznej ani za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechań działania opartych na tych interpretacjach.
15. Treść drugiej opinii medycznej uzależniona jest od prawdziwości i jakości dostarczonych informacji.

Pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia

16. Za pośrednictwem partnera medycznego zapewnimy Ci pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia zalecanego w raporcie drugiej opinii medycznej.
17. Świadczenie pomocy w planowaniu lub w organizacji leczenia przysługuje Ci tylko w przypadku wcześniejszego wydania drugiej opinii medycznej.
18. W ramach pomocy w planowaniu leczenia lub w organizacji leczenia partner medyczny, według Twojego wyboru i w porozumieniu z Tobą:
 - 1) udziela Ci telefonicznie informacji o nazwie, adresie oraz numerze telefonu placówki medycznej na terenie Polski, w której będziesz mógł uzyskać świadczenie medyczne, w szczególności zabieg chirurgiczny, badanie diagnostyczne lub wizytę u lekarza specjalisty zalecane w raporcie drugiej opinii medycznej, a także o możliwym terminie uzyskania tego świadczenia;
 - 2) umawia na terenie Polski wizyty lekarskie, wizyty domowe, wizyty pielęgniarki, rehabilitanta lub inne świadczenia medyczne dostępne w placówkach medycznych, dotyczące leczenia zalecanego w drugiej opinii medycznej;
 - 3) wskazuje Ci od jednego do maksymalnie trzech zagranicznych lekarzy lub placówek medycznych za granicą, które mogą podjąć się Twojego leczenia w zakresie wskazanym w drugiej opinii medycznej;
 - 4) organizuje proces leczenia w placówkach medycznych za granicą specjalizujących się w leczeniu Twojego stanu medycznego lub urazu;
 - 5) organizuje transport do placówki medycznej poza Polską, gdzie będzie przeprowadzone leczenie w zakresie wskazanym w drugiej opinii medycznej oraz organizuje zakwaterowanie w hotelu poza Polską.

19. Zapewnienie pomocy w organizacji leczenia polega wyłącznie na organizacji przez partnera medycznego wskazanych wyżej świadczeń. Koszty tych świadczeń pokrywasz we własnym zakresie.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

20. Nie otrzymasz świadczenia, jeżeli:
 - 1) stan medyczny lub uraz powstały albo były leczone przed dniem rozpoczęcia naszej ochrony lub nastąpiły w wyniku:
 - a) niezaleconego przez lekarza zażycia przez Ciebie leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że Twój udział wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obroby koniecznej;
 - 2) nieszczęśliwy wypadek, który był przyczyną urazu, zdarzył się przed dniem rozpoczęcia naszej ochrony.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

21. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **druga opinia medyczna** – pisemna opinia dotycząca diagnozy, Twojego stanu zdrowia i leczenia, sporządzona przez eksperta medycznego;
 - 2) **ekspert medyczny** – działający poza Polską lekarz, wyznaczony przez partnera medycznego do współpracy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej, którego specjalność oraz doświadczenie odpowiadają specyfice stanu Twojego zdrowia;
 - 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie 24 godziny;
 - 4) **lekarz partnera medycznego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z prawem polskim, wskazana przez partnera medycznego i uprawniona do występowania w jego imieniu;
 - 5) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad Tobą z ramienia placówki medycznej, w której poddałeś się leczeniu;
 - 6) **partner medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
 - 7) **pierwsza opinia medyczna** – orzeczenie o Twoim stanie zdrowia zawierające diagnozę oraz zalecenia dotyczące leczenia, wydane przez lekarza prowadzącego;
 - 8) **stany medyczne** – rozpoznanie lub zaistnienie jednego z poniższych stanów lub skierowanie na przeprowadzenie jednego z poniższych zabiegów operacyjnych:

NEUROLOGIA

- a) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnej u osoby powyżej 40. roku życia, spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, spożywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- b) choroba neuronu ruchowego – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- c) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy; skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;

- d) choroby mielodysplastyczne – grupa nabytych schorzeń krwi charakteryzujących się pancytopenią i niską liczbą retikulocytów przy bogato-, normo- lub ubogokomórkowym szpiku, z komórkami wykazującymi anomalie morfologiczne lub zmiany dysplastyczne; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę hematologa lub onkologa;
- e) leczenie chirurgiczne padaczki – zabieg operacyjny z powodu padaczki;
- f) stwardnienie rozsiane – choroba przewlekła przebiegająca z okresami rzutów i remisji (minimum dwóch z okresem pomiędzy rzutami nie mniejszym niż 30 dni) lub o przebiegu postępującym, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; rozpoznanie choroby, postawione w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
 - istnieniem deficytów neurologicznych, tj. wystąpieniem co najmniej dwóch objawów ubytkowych z odrębnych części ośrodkowego układu nerwowego,
 - wynikiem badania rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
- g) udar mózgu – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicznych; wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego, następstwa urazów głowy; rozpoznanie choroby i trwałego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego;

KARDIOLOGIA

- h) kardiomiopatia – choroba mięśnia sercowego rozwijająca się w wyniku innych przyczyn niż miażdżycza naczyń wieńcowych, nadciśnienie tętnicze układowe lub płucne, wrodzone lub nabyte wady serca; rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę kardiologa w trakcie hospitalizacji;
- i) operacja chirurgiczna mająca na celu plastykę lub przeszczepienie zastawki serca z powodu choroby;
- j) operacja chirurgiczna mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego; zakres ubezpieczenia obejmuje także angioplastykę i inne zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach wieńcowych, wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- k) pierwszorazowe rozpoznanie nabytej choroby zastawki lub zastawek serca;
- l) pierwszorazowe rozpoznanie przez specjalistę kardiologa wrodzonej wady serca u osoby powyżej 18. roku życia;
- m) zawał serca – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
 - ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;

ORTOPEDIA

- n) zabieg operacyjny wszczępienia protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu;

GINEKOLOGIA

- o) choroba zapalna narządu rodnego – choroby zapalne narządu rodnego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
- p) zaburzenia czynnościowe narządu rodnego – zaburzenia czynnościowe narządu rodnego u kobiet wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;

INNE POWAŻNE CHOROBY

- q) bakteryjne zapalenie opon mózgowych – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- r) choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD) – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana w czasie Twojego życia przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania przez nas rozszczenia jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba z jednoczesną niepełnosprawnością w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- s) choroba nowotworowa – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza patomorfologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;
- t) choroba zapalna jelit – bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożytnicze lub nieswoiste zapalenie jelit powodujące najczęściej bóle brzucha, biegunkę, odwodnienie, niedokrwistość, wymagające hospitalizacji dłuższej niż 7 dni;
- u) cukrzyca – rozpoznanie przez specjalistę diabetologa choroby charakteryzującej się hiperglikemią, będącą następstwem zaburzeń w wydzielaniu lub działaniu insuliny, prowadzącą do późnych powikłań w obrębie narządu wzroku, nerek i naczyń krwionośnych;
- v) dystrofia mięśniowa – rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - kąpiel lub prysznic,
 - ubieranie się lub rozbieranie,
 - jedzenie lub picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, za pomocą wózka inwalidzkiego lub o kulach;
- w) głuchota – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- x) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne) – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznanej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV klasa według klasyfikacji NYHA (New York Heart Association); klasa IV według NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek powoduje pojawienie się zmęczenia, duszności, kołatania serca lub bólu dławicowego, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres

ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w szczególności jest związane z: chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:

- średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe lub wyższe od 30 mmHg,
- naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
- ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg;
- choroba musi być rozpoznana w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, na podstawie obowiązujących standardów medycznych i wyników badań dodatkowych, w tym cewnikowania serca;

- y) zapalenia z niewydolnością wątroby – z objawami trwałej żółtaczki, wodobrzuszem niepoddającym się leczeniu, żylakami przełyku i encefalopatią wątrobową;
- z) zapalenie mózgu – ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:
 - kąpiel lub prysznic,
 - ubieranie się lub rozbieranie,
 - jedzenie lub picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła lub wózka inwalidzkiego bądź poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, za pomocą wózka inwalidzkiego lub o kulach;

POZOSTAŁE STANY MEDYCZNE

- za) choroby okulistyczne – zabieg operacyjny z powodu choroby narządu wzroku, z wyłączeniem leczenia zaćmy i wad wzroku;
- zb) endarterektomia tętnicy szyjnej – zabieg operacyjny tętnicy szyjnej z udrożnieniem jej światła celem poprawy przepływu w operowanym naczyniu;
- zc) guz lub inna patologia rdzenia kręgowego – zabieg operacyjny z powodu patologicznej, ogniskowej zmiany zlokalizowanej wewnątrzrdzeniowo, powodującej wystąpienie ubytku neurologicznego;
- zd) guz mózgu – każda tkanka chorobowa znajdująca się w jamie czaszki, skutkująca objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego;
- ze) infekcja wirusem HIV – pierwszorazowe stwierdzenie w surowicy krwi przeciwciał przeciwko wirusowi HIV;
- zf) niewydolność nerek – przewlekłe, trwałe i całkowite uszkodzenie obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu; rozpoznanie musi być potwierdzone dokumentacją medyczną;
- zg) operacja aorty brzusznej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczępieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- zh) operacja aorty piersiowej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczępieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, ani zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;

- zi) przeszczep narządów – przeszczep jednego z następujących narządów: serca, nerki, wątroby, płuc, trzustki oraz allogeniczna transplantacja szpiku kostnego;
 - zj) rozległe oparzenia:
 - II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, obejmujące co najmniej 50% całkowitej powierzchni ciała,
 - III stopnia, obejmujące co najmniej 15% powierzchni ciała;
 - zk) rozległe uszkodzenie ręki – uszkodzenie kończyny górnej skutkujące trwałą niezdolnością do wykonywania dotychczasowej pracy lub trwałą niezdolnością do wykonywania czynności życia codziennego: jedzenie, picie, ubieranie się, rozbieranie, mycie, korzystanie z toalety;
 - zl) schyłkowy okres niewydolności narządów – schyłkowa niewydolność jednego z następujących narządów: serca, płuc, wątroby, nerek, potwierdzona przez odpowiedniego specjalistę, wymagająca leczenia na oddziale intensywnej terapii;
 - zm) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin; zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i substancji odurzających;
 - zn) utrata kończyny – utrata co najmniej jednej kończyny:
 - w obrębie kończyny górnej oznacza amputację powyżej stawu łokciowego,
 - w obrębie kończyny dolnej oznacza amputację powyżej stawu kolanowego;
 - zo) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o stwierdzenie choroby lub uszkodzenia fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi ani utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
 - zp) utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 9) uraz – naruszenie sprawności organizmu spowodowane niebezpiecznym wypadkiem, który się zdarzył w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, i skutkujące:
- a) wszczępieniem protezy całkowitej lub częściowej dowolnego stawu,
 - b) uszkodzeniem stożka rotatorów stawu ramiennie-łopatkowego,
 - c) przestawowym złamaniem miednicy ze złamaniem przedniej i/lub tylnej kolumny,
 - d) złamaniem wieloodłamowym bliższego końca kości udowej, ze złamaniem szyjki, przez- lub podkrętarzowym (trzy i więcej odłamów),
 - e) złamaniem wieloodłamowym, przestawowym przynasady i nasady dalszej kości udowej,
 - f) wieloodłamowym, przestawowym złamaniem przynasady i nasady bliższej piszczeli,
 - g) złamaniem wieloodłamowym, przestawowym przynasady i nasady dalszej piszczeli typu *pilon fracture*,
 - h) złamaniem wielomiejscowym kości długich – trzech i więcej.