

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia dla ubezpieczonego	Indeks	Strona
1) Śmierć ubezpieczonego	GNOW/21/04/09	3
2) Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWU/21/04/09	12
3) Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWK/21/04/09	13
4) Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy	GNPŚ/21/04/09	14
5) Śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNZU/21/04/09	15
6) Osierocenie dziecka	GNOD/21/04/09	16
7) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUC/21/04/09	17
8) Uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNUZ/21/04/09	19
9) Niezdolność ubezpieczonego do pracy	GNNU /21/04/09	20
10) Niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWN/21/04/09	21
11) Pobyt ubezpieczonego w szpitalu	GNCP/21/04/09	22
12) Poważne zachorowanie ubezpieczonego	GNCU/21/04/09	25
13) Leczenie specjalistyczne ubezpieczonego	GNLSU/21/04/09	29
14) Operacja medyczna ubezpieczonego	GNOM/21/04/09	31
15) Zwrot kosztów leczenia ubezpieczonego	GNZKLU/21/04/09	33
 Zakres ubezpieczenia dla współmałżonka lub partnera		
16) Śmierć współmałżonka lub partnera	GNSWP/21/04/09	34
17) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNSWPW/21/04/09	35
18) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKWP/21/04/09	36
19) Śmierć współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNSWPZ/21/04/09	37
20) Uszczerbek lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCWP/21/04/09	38
21) Uszczerbek na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	GNUWPZ/21/04/09	39
22) Pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu	GNPWP/21/04/09	40
23) Poważne zachorowanie współmałżonka lub partnera	GNCWP/21/04/09	43
24) Operacja medyczna współmałżonka lub partnera	GNOMW/21/04/09	47
 Zakres ubezpieczenia dla dziecka		
25) Śmierć dziecka	GNSD/21/04/09	49
26) Śmierć dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWD/21/04/09	50
27) Śmierć dziecka w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKD/21/04/09	51
28) Uszczerbek lub uszkodzenie ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNUUCD/21/04/09	52
29) Pobyt dziecka w szpitalu	GNPWD/21/04/09	54
30) Poważne zachorowanie dziecka	GNCD/21/04/09	56
31) Wystąpienie u dziecka boreliozy	GNCDDB/21/04/09	60

32) Leczenie specjalistyczne dziecka	GNLSD/21/04/09	61
33) Operacja medyczna dziecka	GNOMD/21/04/09	63
34) Urodzenie się dziecka	GNUD/21/04/09	65
35) Urodzenie się dziecka wymagającego leczenia	GNUDL/21/04/09	67
36) Urodzenie się martwego noworodka	GNSB/21/04/09	69

Zakres ubezpieczenia dla rodziców ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka

37) Śmierć rodziców ubezpieczonego	GNSR/21/04/09	70
38) Śmierć rodziców ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWSR/21/04/09	71
39) Śmierć rodziców ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKS/21/04/09	72
40) Śmierć rodziców współmałżonka	GNST/21/04/09	73
41) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku	GNWST/21/04/09	74
42) Śmierć rodziców współmałżonka w następstwie wypadku komunikacyjnego	GNWKST/21/04/09	75

Świadczenia opiekuńcze i medyczne

43) Świadczenia opiekuńcze dla ubezpieczonego oraz jego rodziny Opieka24	GNŚO/21/04/09	76
44) Świadczenia medyczne i opiekuńcze w następstwie nieszczęśliwego wypadku MediPomoc	GNAM/21/04/09	83

Załączniki

Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała	90
Tabela uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	98
Wykaz poważnych zachorowań	101
Katalog chorób zakaźnych	106
Tabela operacji medycznych	107
Tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka	115
Tabela procedur medycznych	122

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 124
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 70–78

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r., zmienił uchwałą nr 1/12/10/2021 z 12 października 2021 r. i wchodził one w życie 15 października 2021 r.

Postanowienia ogólne

– co warto wiedzieć na początek

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

Zawarcie umowy

– co zrobić, aby ją zawrzeć i na jaki okres

9. Przed zawarciem umowy doręczamy ubezpieczającemu OWU oraz OWUD.
10. Ubezpieczający przekazuje nam pisemnie lub elektronicznie:
 - 1) wniosek o zawarcie umowy;
 - 2) listę osób, które przystępują do umowy;
 - 3) deklaracje osób, które przystępują do umowy;
 - 4) inne dokumenty lub informacje, o które poprosimy.
11. Umowę dodatkową zawieramy jako rozszerzenie umowy podstawowej, w tej samej formie i na zasadach określonych w umowie podstawowej.
12. Dokumenty do zawarcia umowy ubezpieczający powinien złożyć w ustalonym przez nas terminie.
13. Możemy nie zaakceptować wniosku ubezpieczającego i odmówić zawarcia umowy. Poinformujemy go o tym.
14. Jeśli zaakceptujemy wniosek ubezpieczającego, prześlemy 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, 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. 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 wskazał 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 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 może-

my 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, wezwemy 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 dodatkowego 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%, przyjmujemy, 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 124 ppkt 37.

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

Karencja

68. Nasza ochrona jest ograniczona w okresie karencji. Karencja może mieć zastosowanie w umowie podstawowej oraz w umowach dodatkowych. Okres karencji potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
69. Karencja nie dotyczy zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ochrony.
70. Jeśli wyraziliśmy zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia osoby, która w dniu podpisania lub przesłania 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) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemocy lub zamiesz-

kach, chyba że udział w nich wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

- 2) 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.
75. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe, objęte zakresem ubezpieczenia na podstawie umów dodatkowych, zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, wypłacimy świadczenie, pod warunkiem że zdarzenie wystąpiło nie później niż 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku.
- #### Skutki podania nam nieprawdziwych informacji przed zawarciem umowy
76. 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.
77. 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
78. 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

79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. Powinieneś nas informować o zmianach Twoich danych, które podałeś w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia – kiedy ubezpieczający może od niej odstąpić

84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Jeżeli ubezpieczający odstąpi od umowy, zwrócimy mu wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

88. Oświadczenie o odstąpieniu należy przesyłać nam w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

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

89. 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

90. 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.
91. Umowa dodatkowa rozwiązuje się w dniu rozwiązania umowy podstawowej oraz w ostatnim dniu roku polisy, w którym ubezpieczający wypowiedział umowę dodatkową.
92. 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.
93. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w dowolnym momencie – umowa ulegnie rozwiązaniu w ostatnim dniu roku polisy.
94. Wypowiedzenie należy złożyć w formie pisemnej lub pocztą elektroniczną.
95. Od momentu doręczenia nam oświadczenia o wypowiedzeniu do umowy nie mogą przystępować nowe osoby.
96. Umowę uważamy za wypowiedzianą przez ubezpieczającego w przypadku zaległości w opłaceniu składki, zgodnie z pkt 90 ppkt 3.

Kontynuacja ubezpieczenia – kto i na jakich zasadach może kontynuować ubezpieczenie

97. 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.
98. 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.
99. 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

100. Reklamację możesz wnieść w każdym przypadku, o ile jesteś osobą fizyczną będącą ubezpieczającym, ubezpieczonym lub inną osobą uprawnioną, a także o ile jesteś osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej będącą ubezpieczającym lub poszukującym ochrony ubezpieczeniowej.
101. 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 nie związany jest z udzielaną przez nas ochroną ubezpieczeniową.
102. 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.
103. Reklamację wnosi się do zarządu naszej spółki. Reklamacja może być złożona w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
104. Reklamację na świadczone przez nas usługi można złożyć:
 - 1) elektronicznie – poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem naszej infolinii +48 22 599 95 22, osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie UNIQA;
 - 3) pisemnie – osobiście w jednostce obsługującej klientów lub siedzibie UNIQA albo przesyłką pocztową na adres: 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51.
105. Odpowiedzi na reklamację udzielimy w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek osoby fizycznej składającej reklamację odpowiedzi możemy udzielić pocztą elektroniczną. Dodatkowo, na wniosek tej osoby, potwierdzimy pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt złożenia reklamacji.
106. Odpowiedzi na reklamację udzielimy bezzwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.
107. 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.
108. 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.
109. Klient będący konsumentem ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów.
110. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
111. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA TUnŻ S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

112. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo do złożenia reklamacji zgodnie z postanowieniami pkt 100–102, przysługuje prawo do złożenia skargi lub zażalenia. Do skarg i zażaleń wnoszonych przez te podmioty mają odpowiednie zastosowanie postanowienia pkt 103–106 i 109, 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

113. 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.
114. 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

115. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
116. Za zgodą stron do umowy możemy wprowadzić postanowienia dodatkowe lub odmienne od niniejszych OWU.
117. Wprowadzenie postanowień, o których mowa w pkt 116, wymaga pisemnej akceptacji przez obie strony umowy pod rygorem bezskuteczności.
118. Strony mogą składać oświadczenia i zawiadomienia, które dotyczą umowy, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, o ile OWU nie wymagają zachowania formy pisemnej.
119. Sprawozdania o wypłacalności i naszej kondycji finansowej publikujemy na naszej stronie internetowej.
120. Integralną część niniejszych 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.
121. 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.
122. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku.
123. 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

124. 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 naczyniowy, 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; 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, opieki i stałego nadzoru – który znajduje się na terenie Polski lub jakiegokolwiek kraju Unii Europejskiej; w rozumieniu OWUD za OIOM/OIT uznaje się również Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (OIOK) oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) rozumiany jako wydzielony, specjalistyczny pododdział szpitalny, który funkcjonuje w obrębie oddziału, kliniki kardiologicznej lub oddziału internistycznego o profilu kardiologicznym i przeznaczony jest do leczenia chorych wymagających stałego nadzoru i ciągłego monitorowania czynności życiowych wyłącznie z nagłych wskazań kardiologicznych; w rozumieniu OWUD za OIOK uznaje się również samodzielną jednostkę organizacyjną (oddział), jeżeli funkcjonuje w obrębie monoprofilowanych kardiologicznych jednostek opieki zdrowotnej o najwyższym stopniu referencyjności (instytuty); pobyt na OIOK lub OINK powinien być udokumentowany w karcie wypisu ze szpitala bądź poświadczony przez właściwego kierownika kliniki lub oddziału szpitalnego; w rozumieniu OWUD za OIOK lub OINK nie uważamy: sali „R”, oddziału rehabilitacji kardiologicznej oraz sal nadzoru kooperacyjnego, znajdujących się w obrębie oddziałów klinik kardiologicznych;
- 13) **operacja medyczna** – zabieg medyczny, wymieniony w tabeli operacji medycznych, który przeprowadza lekarz w znieczuleniu ogólnym miejscowym lub przewodowym w trakcie Twojego po-
bytu w placówce medycznej; wyróżniamy następujące rodzaje operacji medycznych:
- 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,
 - 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,
 - operacja medyczna metodą zamkniętą – zabieg chirurgiczny bez otwierania jam ciała, zamkniętych przestrzeni lub światła narządów wewnętrznych (zabiegi przezskórne, przeznaczeniowe, z użyciem endoskopu);
- jeżeli w tabeli operacji medycznych nie jest sprecyzowane, jaką metodą dana operacja medyczna jest wykonywana, ponosimy odpowiedzialność za operację medyczną wykonaną metodą otwartą lub endoskopową;
- 14) **partner** – osoba fizyczna wskazana w deklaracji, która w dniu złożenia deklaracji pozostaje w trwałym wspólnym pożyciu z Tobą oraz prowadzi z Tobą wspólne gospodarstwo domowe, a dodatkowo w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ta osoba ma ukończony 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia; 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 pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, działające na 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:
- żoną Twojego ojca lub wdową po Twoim ojcu, o ile po śmierci ojca nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 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:
- żoną ojca współmałżonka lub wdową po ojcu współmałżonka, o ile po śmierci ojca współmałżonka nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 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 powikłań 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 niedokrwienego, 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:
- 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),
 - 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 potwierdzone 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 wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powoduje powstanie trwałych ubytków neurologicznych, które znajdują potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymują się przez okres co najmniej 2 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM);
- zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego, które zostało spowodowane zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych, które powodują zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - 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:
- otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - urodziło się z wadą wrodzoną,
 - 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 pozostająca z Tobą w związku małżeńskim, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 69. roku życia;

- 46) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, któremu uległ jako pasażer, kierujący, członek załogi, pieszy lub rowerzysta w związku z ruchem:
- a) pojazdu silnikowego w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motoroweru, rowerze lub pojazdu szynowego,
 - b) pasażerskiego statku powietrznego,
 - c) statku morskiego, promu morskiego lub pasażerskiego;
- 47) **wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku, który nastąpił w związku z pracą:
- a) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem zwykłych czynności lub poleceń przełożonych oraz w trakcie trwania podróży służbowej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych zadań,
 - b) podczas wykonywania lub w związku z wykonywaniem czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w związku z odbywaniem służby w zakładowych i resortowych formacjach samoobrony albo w związku z przynależnością do obowiązkowej lub ochotniczej straży pożarnej działającej u pracodawcy, a także podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- e) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje zawodowe lub uczestniczeniu w organizowanych przez nie czynach społecznych;
- za wypadek przy pracy nie uznajemy wypadku w drodze do pracy lub z pracy;
- 48) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego, wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku Twojej śmierci w następstwie wypadku przy pracy.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem przy pracy a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4–5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe – na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

Tabela współczynnika progresji

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

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

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

Przykład:

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6 pkt 1–14 Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu
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/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5, pkt 9

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71, 72 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy są w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się ochrona

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6, pkt 7, pkt 13, pkt 15, pkt 18, pkt 19, pkt 21, pkt 22, pkt 29, pkt 31, pkt 34
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/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 9, pkt 10, pkt 16, pkt 17, pkt 20, pkt 32, pkt 33

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

- 2) zorganizowanie i pokrycie kosztów świadczeń ambulatoryjnych, związanych z pobytem w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni;
- 3) świadczenie lekowe, związane z pobytem w szpitalu, który trwał określoną w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia liczbę dni;
5. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie w związku z pobytem w szpitalu

6. Wypłacimy Ci świadczenie za każdy dzień Twojego pobytu w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. Świadczenie wypłacamy w wysokości, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Twojego pobytu w szpitalu.
9. Jeżeli pobyt w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wypłacimy tylko jedno wyższe świadczenie.
10. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:
 - 1) poza dany rok polisy lub
 - 2) poza okres ochrony,
 wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym Twój pobyt w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.

11. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu Twojego pobytu w szpitalu. Możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeśli pobyt trwa co najmniej 1 miesiąc i zawnioskujesz o to.
12. Mamy prawo skierować Cię na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza w celu ustalenia prawa do świadczenia.

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

Świadczenia ambulatoryjne
18. Masz dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli pobyt w szpitalu, za który należy Ci się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
19. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
20. Jeżeli pobyty w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy Ci tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie ochrony.
21. Możesz skorzystać z następujących świadczeń ambulatoryjnych:
 - 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
22. Możesz skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu trwający co najmniej 10 dni.

Świadczenia ambulatoryjne przysługują Ci od następnego dnia roboczego po tej decyzji przez 12 miesięcy.
23. Świadczenia ambulatoryjne wykonują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na unika.pl. Informację o placówkach otrzymasz także na infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu tego świadczenia.
24. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile nie wskazesz późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u lekarza danej specjalizacji, a nie dostępności konkretnego lekarza.
25. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
26. Możesz uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
27. Aby zrealizować świadczenia, powinieneś:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzymasz od pracowników placówki medycznej.
28. Możesz skorzystać z wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę.
29. Jeśli za naszą zgodą skorzystałeś z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
30. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na unika.pl i w naszej siedzibie) wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.

Świadczenie lekowe
31. Wypłacimy Ci świadczenie lekowe za każdy Twój pobyt w szpitalu, jeśli trwał co najmniej tyle dni, ile wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
32. Wypłacimy Ci tylko jedno świadczenie lekowe za wszystkie pobyty w szpitalu w okresie ochrony, jeśli były spowodowane tą samą przyczyną.
- Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa**
33. Nie wypłacimy Ci świadczenia, jeżeli celem Twojego pobytu w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi, które są związane z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby będącej skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległeś w okresie udzielania ochrony, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony;
 - 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani nie są obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych.
- Definicje**
- jak rozumiemy pojęcia w OWUD**
34. W OWUD używamy pojęcia, które ma następujące znaczenie:

Pobyt w szpitalu – Twój pobyt w szpitalu, który:

 - a) potwierdzony jest dokumentacją medyczną;
 - b) trwa nieprzerwanie co najmniej tyle dni, ile potwierdziliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia;

- c) związany jest z:
- leczeniem doznanych obrażeń ciała lub
 - chorobą, lub
 - zawałem serca lub udarem mózgu, lub
 - ciążą lub powikłaniami poporodowymi (okres pobytu w szpitalu liczymy od dnia porodu), wyłączając pobyt w szpitalu w związku z porodem fizjologicznym.

Pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Cię do szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze szpitala. Dzień pobytu w szpitalu to każda rozpoczęta doba.

Należy zwrócić uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 6, pkt 8–13, pkt 19, pkt 22 pkt 1)–53) Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego pkt 1)–7) Katalogu chorób zakaźnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5, pkt 24–27

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie u Ciebie po raz pierwszy poważnego zachorowania, które znajduje się w:
 - 1) wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A, katalogu B albo katalogu C) lub
 - 2) katalogu chorób zakaźnych – jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o ten katalog.

Wykaz poważnych zachorowań

Katalog A	
1)	angioplastyka wieńcowa
2)	bakteryjne zapalenie opon mózgowych
3)	choroba Alzheimera
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	choroba neuronu ruchowego
6)	choroba Parkinsona
7)	dystrofia mięśniowa
8)	łagodny guz mózgu
9)	łagodny guz rdzenia
10)	nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
11)	niedokrwistość aplastyczna

Katalog A	
12)	niewydolność nerek
13)	nowotwór złośliwy
14)	oparzenia
15)	operacja aorty brzusznej
16)	operacja aorty piersiowej
17)	pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
18)	przeszczep narządów
19)	schyłkowa niewydolność wątroby
20)	stwardnienie rozsiane
21)	śpiączka
22)	udar mózgu
23)	utrata kończyn
24)	utrata mowy
25)	utrata słuchu
26)	utrata wzroku
27)	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
28)	zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
29)	zapalenie mózgu
30)	zawał serca
31)	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń

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

Katalog B	
29)	zapalenie mózgu
30)	zawał serca
31)	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń
32)	choroba Leśniowskiego-Crohna
33)	kardiomiopatia
34)	niedowład (paraliż)
35)	piorunujące zapalenie wątroby
36)	poważny uraz głowy
37)	schyłkowa niewydolność oddechowa
38)	toczeń rumieniowaty układowy
39)	twardzina
40)	wymiana lub plastyka zastawki serca

Katalog C	
1)	angioplastyka wieńcowa
2)	bakteryjne zapalenie opon mózgowych
3)	choroba Alzheimera
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	choroba neuronu ruchowego
6)	choroba Parkinsona
7)	dystrofia mięśniowa
8)	łagodny guz mózgu
9)	łagodny guz rdzenia
10)	nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
11)	niedokrwistość aplastyczna
12)	niewydolność nerek
13)	nowotwór złośliwy
14)	oparzenia
15)	operacja aorty brzusznej
16)	operacja aorty piersiowej
17)	pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
18)	przeszczep narządów
19)	schyłkowa niewydolność wątroby
20)	stwardnienie rozsiane
21)	śpiączka
22)	udar mózgu
23)	utrata kończyn
24)	utrata mowy
25)	utrata słuchu
26)	utrata wzroku
27)	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
28)	zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
29)	zapalenie mózgu
30)	zawał serca
31)	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń
32)	choroba Leśniowskiego-Crohna
33)	kardiomiopatia
34)	niedowład (paraliż)
35)	piorunujące zapalenie wątroby
36)	poważny uraz głowy
37)	schyłkowa niewydolność oddechowa

Katalog C	
38)	toczeń rumieniowaty układowy
39)	twardzina
40)	wymiana lub plastyka zastawki serca
41)	bakteryjne zapalenie wsierdza
42)	borelioza
43)	choroba Huntingtona
44)	gruźlica
45)	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
46)	odkleszczowe zapalenie mózgu
47)	operacja bąblowca mózgu
48)	operacja ropnia mózgu
49)	sepsa (posocznica)
50)	tężec
51)	wścieklizna
52)	zakażona martwica trzustki
53)	zgorzel gazowa

Katalog chorób zakaźnych	
1)	cholera
2)	dur brzuszny
3)	gorączka denga
4)	malaria
5)	schistosomatoza
6)	żółta gorączka
7)	operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej

3. Wystąpienie poważnego zachorowania oznacza:
 - 1) rozpoznanie choroby, która po raz pierwszy została u Ciebie zdiagnozowana w okresie ochrony;
 - 2) wykonanie zabiegu, który po raz pierwszy został przeprowadzony u Ciebie w okresie ochrony.
4. Definicje poważnych zachorowań znajdziesz w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, które stanowią załączniki do OWUD.
5. Zakres naszej ochrony nie obejmuje:
 - 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony z tytułu OWUD;
 - 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony z tytułu OWUD.
6. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem;
 - 2) świadczenie lekowe w związku z poważnym zachorowaniem.
7. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenia związane z poważnym zachorowaniem

8. Jeśli wystąpi u Ciebie poważne zachorowanie, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości potwierdzonej w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

9. W przypadku boreliozy wypłacimy świadczenie maksymalnie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
10. Wystąpienie poważnego zachorowania potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Korzystanie z konsultacji lekarzy specjalistów

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

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

16. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
17. Miejsce i termin spełnienia świadczenia możesz uzgodnić wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
18. W celu realizacji świadczenia powinienes:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
19. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyskasz naszą zgodę, możesz skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
20. Jeśli za naszą zgodą skorzystałeś z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego podajemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
21. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Świadczenie lekowe

22. Jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o świadczenie lekowe, po przyznaniu Ci prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem wypłacimy Ci także jednorazowe świadczenie lekowe.

23. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

24. Wypłacamy świadczenie z tytułu tych OWUD za wystąpienie po raz pierwszy poważnego zachorowania w okresie naszej ochrony, jednak w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, kardiomiopatii, pomostowania (bypass) naczyń wieńcowych, zawału serca – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań, chyba że pierwsze świadczenie wypłaciłszy za angioplastykę wieńcową i świadczenie było niższe niż suma ubezpieczenia, w takim przypadku za wystąpienie kolejnego

poważnego zachorowania z tej grupy wypłacimy sumę ubezpieczenia pomniejszoną o pierwsze świadczenie;

- 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, operacji bąblowca mózgu, boreliozy, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, niedowładu (paraliżu), odkleszczowego zapalenia mózgu, poważnego urazu głowy, operacji ropnia mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu, łagodnego guza rdzenia – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań, chyba że pierwsze świadczenie wypłaciliśmy za boreliozę, w takim przypadku za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania z tej grupy wypłacimy sumę ubezpieczenia pomniejszoną o pierwsze świadczenie;
- 3) niewydolności nerek, piorunującego zapalenia wątroby, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności oddechowej, schyłkowej niewydolności wątroby, tocznia rumieniowatego układowego, ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
- 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
- 5) bakteryjnego zapalenia wsierdza, operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej, wymiany lub plastyki zastawki serca – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
- 6) masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, sepsy, śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – nie przyznamy świadczenia, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, sepsa, śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie;
- 7) nowotworu złośliwego – wypłacimy tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów;
- 8) cholery, duru brzuszego, gorączki denga, malarii, operacyjnie leczonego bąblowca w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusz-

nej, schistosomatozy, żółtej gorączki – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań.

25. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania.

Przykład

Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu zawału serca, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu udaru mózgu, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – wypłacimy świadczenie.

Jeśli jednak zgłosisz roszczenie z tytułu zawału serca i wypłacimy Ci świadczenie z tego tytułu, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu kardiomiopatii, to nie wypłacimy Ci świadczenia.

Ale jeśli zgłosisz roszczenie z tytułu zawału serca, a następnie roszczenie z tytułu śpiączki, to wypłacimy Ci świadczenie, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi, iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który wypłaciliśmy Ci świadczenie.

26. Przyznamy Ci świadczenie pod warunkiem, że pozostaniesz przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.

27. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:

- 1) poważnych zachorowań, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym ponieśliśmy odpowiedzialność;
- 2) poważnych zachorowań, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w Wykazie poważnych zachorowań, poz. 27) i 28);
- 3) poważnych zachorowań, które są następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5 oraz pkt 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 6, pkt 7

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

- 8) dializoterapii w ostrej niewydolności nerek,
 - 9) embolizacji tętniaka tętnic mózgowych,
 - 10) leczenia metodą gamma knife lub cyber knife.
4. Ubezpieczenie nie obejmuje leczenia specjalistycznego, jeśli wynika z chorób, które zostały zdiagnozowane, rozpoznane lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

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

Przykład

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18, pkt 19

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy Twoje zdrowie.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u Ciebie operacji medycznej w placówce medycznej w okresie ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną, która jest spowodowana:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała powstałymi w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli się zdarzył w okresie ochrony.

4. Nie obejmujemy ubezpieczeniem operacji medycznych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony.
5. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:
 - 1) przeprowadzenie operacji medycznej, której nie wskazaliśmy w tabeli operacji medycznych;
 - 2) świadczenie lekowe;
 - 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.
 Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

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

- 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
- zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli zostanie u Ciebie przeprowadzona operacja medyczna, której nie ma w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
 8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następujących 60 dni przeprowadzono u Ciebie kilka operacji medycznych, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
 9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
 10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

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

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

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

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) w której byłeś dawcą organów lub narządów;
 - 2) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków, jeśli się zdarzyły w okresie naszej ochrony, lub choroby nowotworowej, którą zdiagnozowano w okresie naszej ochrony;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 8) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli umrzesz w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności: od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6, pkt 10
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5, pkt 7–9

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

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

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Wskazujemy je powyżej oraz w pkt 71–73, 75 oraz 78 OWU.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

środki pomocnicze – elementy, które wspomagają proces leczniczy: gorsety, protezy, kule, stabilizatory, temblaki, aparaty ortopedyczne oraz wózki inwalidzkie; za środki pomocnicze nie uznajemy protezy zębowej.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią współmałżonka lub partnera i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu niniejszych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci współmałżonka lub partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią współmałżonka lub partnera i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.
5. Wypłacimy maksymalnie jedno świadczenie w danym roku polisy z tytułu niniejszych OWUD.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 6 pkt 1–123 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała współmałżonka lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<p>pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6</p> <p>pkt 1–14 Tabeli uszczerbków na zdrowiu w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu</p>
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<p>pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia</p> <p>pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5, pkt 9</p>

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71, 72, 74 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6, pkt 7, pkt 13, pkt 15, pkt 18, pkt 19, pkt 21, pkt 22, pkt 29, pkt 31, pkt 34
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/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 9, pkt 10, pkt 16, pkt 17, pkt 20, pkt 32, pkt 33

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w tych OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

4. Ubezpieczenie możemy rozszerzyć o:

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

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

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach je realizujemy

Świadczenie związane z pobytem współmałżonka lub partnera w szpitalu

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

10. Świadczenie wypłacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:
- 1) poza dany rok polisy lub
 - 2) poza okres naszej ochrony,
- wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni, świadczenie wypłacimy za 365 dni.
11. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu. Możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeśli pobyt trwa co najmniej 1 miesiąc i zawnioskujesz o to.
12. Mamy prawo, aby skierować współmałżonka lub partnera na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza w celu ustalenia prawa do świadczenia.
- Świadczenie związane z pobytem współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencją**
13. Wypłacimy Ci jednorazowe świadczenie za pobyt współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencję.
14. Wysokość świadczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Wypłacimy świadczenie, jeżeli pobyt współmałżonka lub partnera na OIOM/OIT, w sanatorium lub rekonwalescencja są związane z pobytem w szpitalu, za co należy się świadczenie oraz spełnione są warunki:
- 1) pobyt w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni;
 - 2) pobyt w sanatorium potwierdzony został dokumentacją medyczną.
16. Wypłacimy tylko jedno świadczenie za pobyt współmałżonka lub partnera w sanatorium w danym roku polisy.
17. Jeżeli pobyty współmałżonka lub partnera w sanatorium będą spowodowane tą samą przyczyną, to wypłacimy tylko jedno świadczenie w okresie ochrony.
- Świadczenia ambulatoryjne**
18. Współmałżonek lub partner ma dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, za który należy się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
19. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
20. Jeżeli pobyty współmałżonka lub partnera w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie ochrony.
21. Współmałżonek lub partner może skorzystać z następujących świadczeń ambulatoryjnych:
- 1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:
 - a) ortopeda,
 - b) chirurg ogólny,
 - c) okulista,
 - d) neurolog,
 - e) diabetolog,
 - f) internista,
 - g) kardiolog;
 - 2) badania laboratoryjne:
 - a) badania hematologiczne,
 - b) koagulologia,
 - c) glukoza,
 - d) lipidogram,
 - e) sód, potas,
 - f) mocznik,
 - g) kreatynina,
 - h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
 - i) białko,
 - j) badanie ogólne moczu;
 - 3) zabiegi ambulatoryjne:
 - a) chirurgiczne i ortopedyczne (zdjęcie gipsu, szwów),
 - b) iniekcje domięśniowe,
 - c) iniekcje dożylnie;
 - 4) badania obrazowe:
 - a) RTG,
 - b) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
 - c) USG, w tym ECHO serca,
 - d) EKG,
 - e) spirometria.
22. Współmałżonek lub partner może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu, trwający co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują od następnego dnia roboczego po tej decyzji przez 12 miesięcy.
23. Świadczenia ambulatoryjne wykonują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach otrzymasz także na infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu tego świadczenia.
24. Czas oczekiwania na konsultację lekarzy specjalistów, o ile współmałżonek lub partner nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
- 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.
- Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u lekarza danej specjalizacji, a nie dostępności konkretnego lekarza.
25. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultację lekarzy specjalistów.
26. Współmałżonek lub partner może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
27. Aby zrealizować świadczenia, współmałżonek lub partner powinien:
- 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
28. Współmałżonek lub partner może skorzystać z wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyska naszą zgodę.
29. Jeśli za naszą zgodą współmałżonek lub partner skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
30. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, złóż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.
- Świadczenie lekowe**
31. Wypłacimy Ci świadczenie lekowe za każdy pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu, jeśli trwał co najmniej tyle dni, ile wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
32. Wypłacimy Ci tylko jedno świadczenie lekowe za wszystkie pobyty współmałżonka lub partnera w szpitalu w okresie ochrony, jeśli były spowodowane tą samą przyczyną.
- Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa**
33. Nie wypłacimy Ci świadczenia, jeżeli celem pobytu współmałżonka lub partnera w szpitalu jest:
- 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi związane z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu współmałżonek lub partner uległ w okresie

- udzielania ochrony, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony;
- 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani nie są obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

Pobył w szpitalu – pobyt współmałżonka lub partnera w szpitalu:

- a) potwierdzony dokumentacją medyczną,
- b) trwający nieprzerwanie co najmniej tyle dni, ile potwierdziliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia,

- c) związany z:

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 6, pkt 8–13, pkt 19, pkt 22 pkt 1)–53) Wykazu poważnych zachorowań – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5, pkt 24–27

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie współmałżonka lub partnera.
2. Ubezpieczenie obejmuje wystąpienie u współmałżonka lub partnera po raz pierwszy poważnego zachorowania, które wskazujemy poniżej w wykazie poważnych zachorowań (w katalogu A, katalogu B albo katalogu C).

Wykaz poważnych zachorowań

Katalog A	
1)	angioplastyka wieńcowa
2)	bakteryjne zapalenie opon mózgowych

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

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

Katalog B	
1)	angioplastyka wieńcowa
2)	bakteryjne zapalenie opon mózgowych
3)	choroba Alzheimera
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	choroba neuronu ruchowego
6)	choroba Parkinsona
7)	dystrofia mięśniowa
8)	łagodny guz mózgu
9)	łagodny guz rdzenia
10)	nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
11)	niedokrwistość aplastyczna
12)	niewydolność nerek
13)	nowotwór złośliwy
14)	oparzenia
15)	operacja aorty brzusznej
16)	operacja aorty piersiowej
17)	pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
18)	przeszczep narządów
19)	schyłkowa niewydolność wątroby
20)	stwardnienie rozsiane
21)	śpiączka
22)	udar mózgu
23)	utrata kończyn
24)	utrata mowy
25)	utrata słuchu
26)	utrata wzroku
27)	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
28)	zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
29)	zapalenie mózgu
30)	zawał serca
31)	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń
32)	choroba Leśniowskiego-Crohna
33)	kardiomiopatia
34)	niedowład (paraliż)

Katalog B	
35)	piorunujące zapalenie wątroby
36)	poważny uraz głowy
37)	schyłkowa niewydolność oddechowa
38)	toczeń rumieniowaty układowy
39)	twardzina
40)	wymiana lub plastyka zastawki serca

Katalog C	
1)	angioplastyka wieńcowa
2)	bakteryjne zapalenie opon mózgowych
3)	choroba Alzheimera
4)	choroba Creutzfeldta-Jakoba
5)	choroba neuronu ruchowego
6)	choroba Parkinsona
7)	dystrofia mięśniowa
8)	łagodny guz mózgu
9)	łagodny guz rdzenia
10)	nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne)
11)	niedokrwistość aplastyczna
12)	niewydolność nerek
13)	nowotwór złośliwy
14)	oparzenia
15)	operacja aorty brzusznej
16)	operacja aorty piersiowej
17)	pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych
18)	przeszczep narządów
19)	schyłkowa niewydolność wątroby
20)	stwardnienie rozsiane
21)	śpiączka
22)	udar mózgu
23)	utrata kończyn
24)	utrata mowy
25)	utrata słuchu
26)	utrata wzroku
27)	zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych
28)	zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi
29)	zapalenie mózgu
30)	zawał serca
31)	ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń
32)	choroba Leśniowskiego-Crohna
33)	kardiomiopatia
34)	niedowład (paraliż)
35)	piorunujące zapalenie wątroby
36)	poważny uraz głowy
37)	schyłkowa niewydolność oddechowa
38)	toczeń rumieniowaty układowy
39)	twardzina
40)	wymiana lub plastyka zastawki serca
41)	bakteryjne zapalenie wsierdzia
42)	Borelioza
43)	choroba Huntingtona

Katalog C	
44)	gruźlica
45)	masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie
46)	odkleszczowe zapalenie mózgu
47)	operacja błoblowca mózgu
48)	operacja ropnia mózgu
49)	sepsa (posocznica)
50)	tężec
51)	wścieklizna
52)	zakażona martwica trzustki
53)	zgorzel gazowa

3. Wystąpienie poważnego zachorowania oznacza:
 - 1) rozpoznanie u współmałżonka lub partnera choroby, która po raz pierwszy została zdiagnozowana w okresie ochrony;
 - 2) wykonanie zabiegu, który po raz pierwszy został przeprowadzony u współmałżonka lub partnera w okresie naszej ochrony.
4. Definicje poważnych zachorowań znajdziesz w wykazie poważnych zachorowań, który stanowi załącznik do OWUD.
5. Zakres naszej ochrony nie obejmuje:
 - 1) chorób, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD;
 - 2) zabiegów, które znajdują się w wykazie poważnych zachorowań, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD.
6. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji z lekarzami specjalistami w związku z poważnym zachorowaniem;
 - 2) świadczenie lekowe w związku z poważnym zachorowaniem.
7. Zakres ochrony, w tym jej rozszerzenie, potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenia związane z poważnym zachorowaniem

8. Jeśli poważne zachorowanie wystąpi u współmałżonka lub partnera, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości wskazanej polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku boreliozy wypłacimy świadczenie maksymalnie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż wskazaliśmy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
10. Wystąpienie poważnego zachorowania potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.

Korzystanie z konsultacji lekarzy specjalistów

11. Jeśli przyznamy Ci świadczenie w związku z poważnym zachorowaniem współmałżonka lub partnera, współmałżonek lub partner uzyskuje dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
12. Współmałżonkowi lub partnerowi przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
13. Z konsultacji lekarzy specjalistów współmałżonek lub partner może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, które liczymy od następnego dnia roboczego po dniu wypłaty świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem.
14. Konsultacje lekarzy specjalistów wykonują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl, informację o placówkach możesz też uzyskać za pośrednictwem infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu prawa do korzystania z konsultacji.

15. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile współmałżonek lub partner nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku dermatologii, ginekologii, okulistyki, laryngologii oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji w zakresie danej specjalizacji, a nie konkretnego lekarza.
16. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
17. Miejsce i termin realizacji świadczenia współmałżonek lub partner może uzgodnić wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
18. W celu spełnienia świadczenia współmałżonek lub partner powinien:
 - 1) zgłosić się do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
19. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej współmałżonek lub partner uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
20. Jeśli za naszą zgodą współmałżonek lub partner skorzystał z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
21. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złożysz u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Świadczenie lekowe

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

24. Wypłacamy świadczenie za wystąpienie po raz pierwszy poważnego zachorowania u współmałżonka lub partnera w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tych OWUD, jednak w przypadku:
 - 1) angioplastyki wieńcowej, kardiomiopatii, pomostowania (bypass) naczyń wieńcowych, zawału serca – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań, chyba że pierwsze świadczenie wypłaciliśmy za angioplastykę wieńcową i świadczenie było niższe niż suma ubezpieczenia, w takim przypadku za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania z tej grupy wypłacimy sumę ubezpieczenia pomniejszoną o pierwsze świadczenie;
 - 2) bakteryjnego zapalenia opon mózgowych, operacji błoblowca mózgu, boreliozy, choroby neuronu ruchowego, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza mózgu, niedowładu (paraliżu), odkleszczowego zapalenia mózgu, poważnego urazu głowy, operacji ropnia mózgu, udaru mózgu, zapalenia mózgu, łagodnego guza rdzenia – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań, chyba że pierwsze świadczenie wypłaciliśmy za boreliozę, w takim przypadku za wystąpienie kolejnego poważnego zachorowania z tej grupy wypłacimy sumę ubezpieczenia pomniejszoną o pierwsze świadczenie;
 - 3) niewydolności nerek, piorunującego zapalenia wątroby, przeszczepu narządów, schyłkowej niewydolności oddechowej, schyłkowej niewydolności wątroby, tocznia rumieniowatego układowego, ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;

- 4) niedokrwistości aplastycznej, nowotworu złośliwego – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 5) bakteryjnego zapalenia wsierdza, operacji aorty brzusznej, operacji aorty piersiowej, wymiany lub plastyki zastawki serca – wypłacimy świadczenie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań;
 - 6) masywnego zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, sepsy, śpiączki, utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – nie przyznamy świadczenia, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie, sepsa, śpiączka, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku wystąpiły wskutek innego poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy świadczenie;
 - 7) nowotworu złośliwego – wypłacimy tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów.
25. Po przyznaniu świadczenia za wystąpienie danego poważnego zachorowania u współmałżonka lub partnera wygasa nasza odpowiedzialność w zakresie tego poważnego zachorowania.

Przykład:

Jeśli wypłaciliśmy świadczenie z tytułu zawału serca współmałżonka lub partnera, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu udaru mózgu, to – o ile dokumentacja medyczna potwierdzi zasadność takiego zgłoszenia – wypłacimy świadczenie z tytułu udaru mózgu.

Jeśli jednak zgłosisz roszczenie z tytułu zawału serca współmałżonka lub partnera i wypłacimy Ci świadczenie z tego tytułu, a następnie zgłosisz roszczenie z tytułu kardiomiopatii współmałżonka lub partnera, to nie wypłacimy Ci świadczenia z tytułu kardiomiopatii.

Ale jeśli zgłosisz roszczenie z tytułu zawału serca współmałżonka lub partnera, a następnie roszczenie z tytułu śpiączki współmałżonka lub partnera, to wypłacimy Ci świadczenie, o ile dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdzi, iż nie doszło do niej wskutek zawału serca, za który wypłaciliśmy Ci świadczenie.

26. Przyznamy Ci świadczenie pod warunkiem, że współmałżonek lub partner pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
27. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - 1) poważnych zachorowań, które wystąpiły przed upływem 1 miesiąca od daty wystąpienia poprzedniego poważnego zachorowania, w związku z którym ponieśliśmy odpowiedzialność;
 - 2) poważnych zachorowań, które są następstwem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, chyba że zakażenie nastąpiło w okolicznościach, o których mowa w wykazie poważnych zachorowań, poz. 27) i 28);
 - 3) poważnych zachorowań, które są następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka lub partnera
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18, pkt 19

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

4. Nie obejmujemy ubezpieczeniem operacji medycznych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony.

5. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:

- 1) przeprowadzenie operacji medycznej, która nie została wskazana w tabeli operacji medycznych;
- 2) świadczenie lekowe;
- 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

- 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
- zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli u współmałżonka lub partnera zostanie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
 8. Jeżeli w tym samym dniu lub w ciągu następnych 60 dni przeprowadzono kilka operacji medycznych u współmałżonka lub partnera, związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
 9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
 10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu tych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

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

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

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

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) w której współmałżonek lub partner był dawcą organów lub narządów;
 - 2) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków, jeśli się zdarzyły w okresie naszej ochrony, lub choroby nowotworowej, którą zdiagnozowano w okresie ochrony;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 8) która jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli współmałżonek lub partner umrze w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

Definicje – jak rozumiemy pojęcia w OWUD

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy życie dziecka.
2. Ubezpieczenie obejmuje śmierć dziecka w okresie naszej ochrony.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią dziecka i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci dziecka w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3 pkt 1–117 Tabeli uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku lub uszkodzenia ciała dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

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

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

Tabela współczynnika progresji

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

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

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

Przykład

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

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–4, pkt 6, pkt 7, pkt 13, pkt 14, pkt 16, pkt 17, pkt 23, pkt 26, pkt 29
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/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 9, pkt 10, pkt 15, pkt 27, pkt 28

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

Świadczenia ubezpieczeniowe

– na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenie w związku z pobytym dziecka w szpitalu

6. Wyplacimy Ci świadczenie za każdy dzień pobytu dziecka w szpitalu.
7. Wysokość świadczenia zależy od przyczyny pobytu w szpitalu. Potwierdzamy ją w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
8. Świadczenie wyplacamy w wysokości, która obowiązuje w dniu rozpoczęcia pobytu w szpitalu.
9. Jeżeli pobyt dziecka w szpitalu został spowodowany więcej niż jedną przyczyną, wyplacimy tylko jedno wyższe świadczenie.
10. Świadczenie wyplacamy za maksymalnie 365 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisy. Jednak jeżeli nieprzerwany pobyt w szpitalu rozpoczął się w trakcie naszej ochrony i wykracza:
 - 1) poza dany rok polisy lub
 - 2) poza okres naszej ochrony,
 wliczamy ten pobyt do limitu 365 dni z roku polisy, w którym pobyt dziecka w szpitalu się rozpoczął. Jeśli dany nieprzerwany pobyt w szpitalu jest dłuższy niż 365 dni świadczenie wyplacimy za 365 dni.

11. Świadczenie wypłacamy po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu. Możemy wypłacić część świadczenia wcześniej, jeśli pobyt trwa co najmniej 1 miesiąc i zawnioskujesz o to.
12. Mamy prawo, aby skierować dziecko na badania medyczne na nasz koszt i do wskazanego przez nas lekarza w celu ustalenia prawa do świadczenia.
13. Dziecko ma dostęp do świadczeń ambulatoryjnych, jeśli jego pobyt w szpitalu, za który należy się świadczenie, trwał co najmniej 10 dni.
14. Świadczenia ambulatoryjne przyznajemy do każdego pobytu dziecka w szpitalu, który trwał co najmniej 10 dni, do wyczerpania sumy ubezpieczenia, którą wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
15. Jeżeli pobyty dziecka w szpitalu będą spowodowane tą samą przyczyną, to przyznamy tylko jeden dostęp do świadczeń ambulatoryjnych w okresie ochrony.
16. Dziecko może skorzystać z następujących świadczeń ambulatoryjnych:

1) konsultacje lekarzy o następujących specjalnościach:

- a) ortopeda,
- b) chirurg ogólny,
- c) okulista,
- d) neurolog,
- e) diabetolog,
- f) internista,
- g) kardiolog;

2) badania laboratoryjne:

- a) badania hematologiczne,
- b) koagulologia,
- c) glukoza,
- d) lipidogram,
- e) sód, potas,
- f) mocznik,
- g) kreatynina,
- h) badania wątroby (transaminazy, bilirubina),
- i) białko,
- j) badanie ogólne moczu;

3) zabiegi ambulatoryjne:

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

4) badania obrazowe:

- a) RTG,
- b) rezonans magnetyczny oraz tomografia,
- c) USG, w tym ECHO serca,
- d) EKG,
- e) spirometria.

17. Dziecko może skorzystać ze świadczeń ambulatoryjnych po decyzji o przyznaniu świadczenia za pobyt w szpitalu trwający co najmniej 10 dni. Świadczenia ambulatoryjne przysługują od następnego dnia roboczego po tej decyzji przez 12 miesięcy.
18. Świadczenia ambulatoryjne realizują placówki medyczne, które należą do sieci naszego partnera medycznego. Wykaz znajdziesz na uniqa.pl. Informację o placówkach otrzymasz także na infolinii medycznej, której numer podamy Ci po przyznaniu tego świadczenia.
19. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony nie wskaże późniejszego terminu, wynosi:
 - 1) 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku okulistyki oraz chirurgii ogólnej;
 - 2) 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku pozostałych specjalizacji.

Gwarancja dostępności dotyczy konsultacji u lekarza danej specjalizacji, a nie dostępności konkretnego lekarza.
20. Nie wymagamy skierowania lekarskiego na konsultacje lekarzy specjalistów.
21. Uprawniony może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
22. Aby zrealizować świadczenia, uprawniony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
23. Dziecko może skorzystać z wybranej przez uprawnionego placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uzyska on naszą zgodę.
24. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy poniesione koszty świadczeń ambulatoryjnych do wysokości sumy ubezpieczenia w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów.
25. Aby uzyskać zwrot kosztów świadczeń ambulatoryjnych, złóż u partnera medycznego wnioski o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danego świadczenia.

Świadczenie lekowe

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

28. Nie wypłacimy Ci świadczenia, jeżeli celem pobytu dziecka w szpitalu jest:
 - 1) leczenie lub poddanie się zabiegowi związane z porodem fizjologicznym, chyba że dotyczy to leczenia choroby, która jest skutkiem powikłań poporodowych;
 - 2) poddanie się operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu dziecko uległo w okresie udzielania ochrony, lub usunięcia skutków choroby nowotworowej zdiagnozowanej w okresie udzielania ochrony;
 - 3) wykonanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, jeśli ich przyczyną nie jest choroba ani nie są obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

Pobyt w szpitalu – pobyt dziecka w szpitalu, który:

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 6, pkt 8–12, pkt 18, pkt 21, pkt 27 pkt 1)–7) Katalogu chorób zakaźnych
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 5, pkt 23–26

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Katalog chorób zakaźnych

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

Katalog chorób zakaźnych

5)	schistosomatoza
6)	żółta gorączka
7)	operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej

3. Wystąpienie poważnego zachorowania oznacza:
 - 1) chorobę, którą po raz pierwszy rozpoznano u dziecka w okresie ochrony;
 - 2) wykonanie zabiegu, który po raz pierwszy został przeprowadzony u dziecka w okresie ochrony.
4. Definicje poważnych zachorowań znajdziesz w słowniku pojęć w pkt 27 oraz katalogu chorób zakaźnych, który stanowi załącznik do OWUD.
5. Zakres naszej ochrony nie obejmuje:
 - 1) chorób, które znajdują się w słowniku pojęć w pkt 27 oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD;
 - 2) zabiegów, które znajdują się w słowniku pojęć w pkt 27 oraz katalogu chorób zakaźnych, jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu tych OWUD.

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

Świadczenie ubezpieczeniowe – na jakich zasadach realizujemy świadczenia

Świadczenia związane z poważnym zachorowaniem

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

Korzystanie z konsultacji lekarzy specjalistów

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

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

15. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
16. Miejsce i termin spełnienia świadczenia uprawiony może uzgodnić wyłącznie za pośrednictwem infolinii medycznej.
17. W celu realizacji świadczenia uprawiony powinien:
 - 1) zgłosić się wraz z dzieckiem do wskazanej placówki medycznej w uzgodnionym terminie;
 - 2) przedstawić w placówce medycznej dokument tożsamości ze zdjęciem;
 - 3) stosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od pracowników placówki medycznej.
18. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawiony uzyska naszą zgodę, może skorzystać z dowolnie wybranej przez siebie placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
19. Jeśli za naszą zgodą dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, zwrócimy Ci poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego, w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazujemy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.
20. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, złoż u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów (dostępny na uniqa.pl i w naszej siedzibie), wraz ze wskazanymi w nim dokumentami, oraz fakturę imienną lub rachunek za wykonanie danej konsultacji.

Świadczenie lekowe

21. Jeśli ubezpieczenie zostało rozszerzone o świadczenie lekowe, po przyznaniu Ci prawa do świadczenia w związku z poważnym zachorowaniem dziecka, wypłacimy Ci także jednorazowe świadczenie lekowe.

22. Wysokość świadczenia wskazujemy w polisie lub innym dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

27. Poważne zachorowanie to jedna z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów dziecka:
 - 1) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, które obejmuje:
 - a) nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - b) nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - c) nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
 przy ocenie powierzchni oparzenia stosujemy „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera, w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;

- 2) **cukrzyca** – choroba metaboliczna o wieloczynnikowej etiologii, charakteryzująca się przewlekłą hiperglikemią, która rozwija się w wyniku defektu wydzielania lub działania insuliny, lub obu tych zaburzeń, wymagająca leczenia insuliną co najmniej przez 3 miesiące;
- 3) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
- 4) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe, które są przyczyną stałych ubytków neurologicznych; wykluczeniu podlegają torbiele, ziarniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki;
- 5) **inwazyjna choroba pneumokokowa (ICHp)** – pierwotne zakażenie o dużym nasileniu objawów chorobowych wywołane przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*); występuje u dzieci, przebiega pod postacią chorób o charakterze miejscowym lub uogólnionym; ochroną ubezpieczeniową obejmujemy przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, takich jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, kości i szpiku, stawów, wsierdza, osierdza, otrzewnej, ucha środkowego, sepsa pneumokokowa i inne, które pozostawiają trwałe następstwa pod postacią np. utraty słuchu, zaburzeń procesu uczenia się, opóźnień w nauce mowy, porażeni lub innych ubytków neurologicznych; nie obejmujemy ubezpieczeniem zakażeń pneumokokowych o przebiegu lekkim, niepowikłanych lub niepozostawiających trwałych następstw oraz pourazowych wtórnych zakażeń pneumokokowych; rozpoznanie ICHp oraz jej trwałych następstw powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej, którą wydaje ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;
- 6) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, który wymaga usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powoduje trwałe ubytki neurologiczne; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii; nie obejmujemy ubezpieczeniem: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarninaków, ropni, krwiaków, malformacji naczyńniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy i urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych i dyskopatii;
- 7) **niewydolność nerek** – krańcowe stadium przewlekłej niewydolności nerek, które charakteryzuje się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10 ml/min oraz ze wskazań życiowych wymaga przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerek;
- 8) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga jednoznacznego potwierdzenia w dokumentacji medycznej; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, która jest przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- 9) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; za datę zaistnienia choroby przyjmujemy ostateczny wynik badania histopatologicznego, który jednoznacznie potwierdza nowotworowe tło choroby; nie obejmujemy ubezpieczeniem nowotworów *in situ*, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (w tym czerniaka złośliwego do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnicy złośliwej i chłoniaków w 1. stopniu zaawansowania;
- 10) **operacja zastawki serca** – operacja na otwartym sercu, która przeprowadzana jest w okresie ochrony i ma na celu każdy rodzaj plastyki zastawek jako konsekwencję wad zastawkowych serca; nie obejmujemy ubezpieczeniem zabiegów wykonywanych wewnątrzprzewodniowo;
- 11) **paraliż** – całkowita, nieodwracalna i nieuleczalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii oraz przez lekarza powołanego przez nas; wykluczone z odpowiedzialności są niedowłady kończyn;
- 12) **polio** – infekcja wywołana wirusem polio, prowadząca do paraliżu mięśni kończyn lub mięśni oddechowych, który utrzymuje się nieprzerwanie przez okres minimum 3 miesięcy; rozpoznanie choroby musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez specjalistę neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem innych chorób, które prowadzą do paraliżu, takich jak zespół Guillaina-Barrego;
- 13) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - b) szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy;
- przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie obejmujemy przeszczepów, które wykorzystują komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 14) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, trwa ponad 12 miesięcy i potwierdzone jest obecnością:
- a) przeciwciał anti-HCV (IgG+) i/lub dodatnim wynikiem HCV RNA PCR w przypadku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
 - b) antygeny Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B
- oraz stwierdzonymi w badaniu biopsji wątroby cechami zapalenia wątroby, włóknienia lub marskości wątroby;
- 15) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, powstały w wyniku krwiopochodnego rozsięwu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny lub toksyczne metabolity komórek gospodarza; objawia się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; za sepsę uznajemy też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; nie obejmujemy ubezpieczeniem bakteriemii, wiremii i fungemii ani przypadków sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych i/lub urazach; jednoznaczne rozpoznanie winno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 16) **śpiączka** – stan utraty przytomności, który trwa co najmniej 96 godzin i pozostawia trwałe ubytki neurologiczne, charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora); rozpoznanie wymaga potwierdzenia wyczerpującą dokumentacją medyczną, która zawiera między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- 17) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciw-tężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;
- rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 18) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku; obejmujemy ubezpieczeniem utratę kończyn co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;
- 19) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna, utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpo-

znanie i rokowanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; nie obejmujemy ubezpieczeniem utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi;

- 20) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii na podstawie badań obiektywnych słuchu; nie obejmujemy ubezpieczeniem jakichkolwiek przypadków utraty słuchu, która może być skorygowana przez zastosowanie procedur terapeutycznych;
- 21) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; nie obejmujemy ubezpieczeniem przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- 22) **zapalenie mózgu** – jednoznacznie potwierdzone w trakcie pobytu w szpitalu rozpoznanie ostrego zapalenia tkanki mózgowej

(półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku), które skutkuje trwałym deficytem neurologicznym utrzymującym się co najmniej przez 6 miesięcy; nie obejmujemy ubezpieczeniem zapalenia mózgu w przebiegu infekcji HIV;

- 23) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; obejmujemy ubezpieczeniem również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazujemy powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w tych OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia i na jakich zasadach

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

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5 oraz pkt 8
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 6, pkt 7

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

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

Koniec ochrony ubezpieczeniowej

– kiedy kończy się nasza ochrona

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

Przykład

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

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5–7, pkt 11, pkt 13, pkt 15 oraz pkt 20 pkt 1–16 Tabeli operacji medycznych – załącznika do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4, pkt 8, pkt 10, pkt 16, pkt 18, pkt 19

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie dziecka.
2. Obejmujemy ubezpieczeniem przeprowadzenie u dziecka operacji medycznej w placówce medycznej w okresie naszej ochrony.
3. Obejmujemy ubezpieczeniem operację medyczną spowodowaną:
 - 1) chorobą lub
 - 2) obrażeniami ciała powstałymi w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który się zdarzył w okresie ochrony.

4. Nie obejmujemy ubezpieczeniem operacji medycznych wynikających z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia naszej ochrony.

5. Możemy rozszerzyć ubezpieczenie o:

- 1) przeprowadzenie operacji medycznej, która nie została wskazana w tabeli operacji medycznych;
- 2) świadczenie lekowe;
- 3) pobyt w szpitalu w związku z operacją medyczną.

Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

- 2) 60% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 2. klasy,
 - 3) 25% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 3. klasy,
 - 4) 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku operacji medycznej 4. klasy,
- zgodnie z tabelą operacji medycznych, która jest załącznikiem do tych OWUD.
7. Jeśli u dziecka zostanie przeprowadzona operacja medyczna, która nie jest wskazana w tabeli operacji medycznych, wypłacimy Ci świadczenie w wysokości 5% sumy ubezpieczenia, o ile ubezpieczenie zostało rozszerzone o to świadczenie.
 8. Jeżeli w tym samym dniu i w ciągu następnych 60 dni u dziecka przeprowadzono kilka operacji medycznych związanych z leczeniem tych samych obrażeń ciała lub tej samej choroby, otrzymasz tylko jedno najwyższe świadczenie z tytułu przeprowadzonych operacji medycznych.
 9. Klasę operacji medycznej i datę jej przeprowadzenia potwierdzamy na podstawie dokumentacji medycznej lub, jeśli dokumentacja jest niewystarczająca, na podstawie badań medycznych wykonanych na nasz koszt i przez lekarza, którego wskażemy.
 10. Suma świadczeń w danym roku polisy nie może być wyższa niż suma ubezpieczenia z tytułu niniejszych OWUD.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy otrzymasz świadczenie lekowe

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

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

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

17. Wypłacimy świadczenie po zakończeniu pobytu dziecka w szpitalu.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

18. Nie wypłacimy Ci świadczenia w związku z operacją medyczną:
 - 1) w której dziecko było dawcą organów lub narządów;
 - 2) jeśli była to operacja kosmetyczna lub plastyczna, chyba że była niezbędna do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków, jeśli się zdarzyły w okresie ochrony, lub choroby nowotworowej, którą zdiagnozowano w okresie ochrony;
 - 3) przeprowadzoną w celu antykoncepcyjnym;
 - 4) przeprowadzoną w celu leczenia stomatologicznego;
 - 5) wykonaną w celach diagnostycznych;
 - 6) związaną z usunięciem ciał obcych metodą endoskopową;
 - 7) która ma na celu zaopatrzenie ran ciętych oraz ran poporodowych;
 - 8) będącą następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU.
19. Nie wypłacimy świadczenia, jeśli dziecko umrze w trakcie operacji medycznej.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazane są powyżej oraz w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

20. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uznajemy ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków) ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
 - 2) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony w dokumentacji medycznej, niezbędny z medycznego punktu widzenia nieprzerwany pobyt w szpitalu w celu poddania się operacji medycznej, który rozpoczął się w trakcie naszej ochrony; pobyt w szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do szpitala, a kończy w dniu wypisania ze szpitala.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNUM/21/04/09 pkt 1–9, pkt 15 oraz pkt 18
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNUM/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNUM/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

- a) otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
- b) urodziło się z wadą wrodzoną,
- c) urodziło się jako wcześniak;

przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–7, pkt 14, pkt 16
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

- Jeśli urodzi Ci się dziecko lub przysposobisz dziecko, które wymaga leczenia, wypłacimy Ci z tytułu tych OWUD świadczenie w wysokości:
 - 100% sumy ubezpieczenia, gdy:
 - dziecko przy urodzeniu otrzymało 5–8 punktów w skali Apgar,
 - dziecko urodziło się z wadą wrodzoną,
 - dziecko urodziło się jako wcześniak;
 - 150% sumy ubezpieczenia, gdy dziecko przy urodzeniu otrzymało 1–4 punktów w skali Apgar.

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

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

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

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

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

go w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego potwierdzamy w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

 - a) otrzymało 1–8 punktów w skali Apgar,
 - b) urodziło się z wadą wrodzoną,
 - c) urodziło się jako wcześniak;przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–6
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 78 OWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci rodzica w następstwie wypadku komunikacyjnego.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09

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 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

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

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71, 72, 74 oraz 78 OWU.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku rodzica Twojego współmałżonka.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 4

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
– co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

3. Wypłacimy Tobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego rodzica Twojego współmałżonka.
4. Wypłacimy świadczenie, jeżeli z medycznego punktu widzenia będzie istniał związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią i śmierć nastąpi w ciągu 12 miesięcy od daty tego wypadku.

Zwróć uwagę na okoliczności, które wyłączają możliwość otrzymania świadczenia. Okoliczności te wskazaliśmy w pkt 71–75 oraz 78 OWU.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–3, pkt 5, pkt 8–11, pkt 14, pkt 21
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 68 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 w związku z postanowieniami polisy lub dokumentu umowy ubezpieczenia pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 7, pkt 15–20

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

OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi w one życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co obejmuje nasze ubezpieczenie

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

– kiedy i jakie świadczenia możesz otrzymać

3. Zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty usług opisanych poniżej, jeśli w okresie ochrony wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w pkt 2.
4. Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia w ramach OWUD to:
 - 1) Ty,
 - 2) współmałżonek albo partner,
 - 3) dziecko,
 - 4) Twój rodzic oraz rodzic Twojego współmałżonka albo partnera – tylko do świadczeń wskazanych w pkt 17 tabeli świadczeń.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do której spełniamy świadczenia, wynosi maksymalnie 6000 zł. Suma ubezpieczenia odnosi się łącznie do Ciebie, Twojego współmałżonka albo partnera i dziecka.
6. Suma ubezpieczenia może być wykorzystywana wielokrotnie, pod warunkiem że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
7. Nie przyznamy świadczenia, jeśli jest ono związane z chorobą, którą zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w jej kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat poprzedzających datę rozpoczęcia naszej ochrony.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty następujących usług (wskazanych w tabeli świadczeń):

Tabela świadczeń

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
1)	Opieka po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres dłuższy niż 5 dni; ■ zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego z zaleceniem pozostawania w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji 	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarskiej albo domowej w miejscu zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
2)	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	Zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza prowadzącego z zaleceniem pozostawania w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu niezbędnych leków, które zalecił wcześniej lekarz prowadzący, na podstawie recept i odpowiednich pisemnych zaleceń; nie pokrywamy kosztów zakupu leków	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
3)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z miejsca pobytu do placówki medycznej	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego do placówki medycznej, wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem naszego Centrum Operacyjnego; o wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
4)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania; o wyborze środka transportu decyduje lekarz naszego Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
5)	Transport medyczny z osobą towarzyszącą z placówki medycznej do placówki medycznej	<ul style="list-style-type: none"> ■ placówka medyczna, w której przebywa osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia albo gdy osoba ta została skierowana na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; ■ świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego 	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu medycznego do placówki medycznej, która odpowiada wymogom leczenia albo do placówki medycznej, w której zostaną wykonane badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny; transport odbywa się środkiem transportu dostosowanym do stanu zdrowia osoby transportowanej	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
6)	Wizyta lekarska	Brak dodatkowych warunków	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt lekarskich w placówce medycznej lub organizujemy i pokrywamy koszty dojazdów i honorariów lekarza pierwszego kontaktu do miejsca pobytu; na życzenie osoby uprawnionej nasze Centrum Operacyjne może także zorganizować telefoniczną konsultację z lekarzem pierwszego kontaktu; dostęp do telekonsultacji jest nielimitowany; świadczenie organizujemy, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego	Do limitu 6000 zł. W przypadku choroby: do 3 wizyt lekarskich w placówce medycznej oraz do 3 wizyt lekarskich w miejscu pobytu w roku polisy; powyższy limit dotyczy łącznie wszystkich wizyt lekarskich na rzecz wszystkich osób uprawnionych	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
7)	Wizyta pielęgniarki	Zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu w celu: <ul style="list-style-type: none"> a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny, b) wykonywania zabiegów leczniczych, w szczególności są to okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, c) wykonywania czynności diagnostycznych, w szczególności pomiar ciśnienia i tętna, ważenie itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego, d) wykonywania czynności wspomagających odżywianie się 	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
8)	Rehabilitacja	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania albo organizujemy i pokrywamy koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
9)	Wypożyczenie albo zakup sprzętu rehabilitacyjnego	Zalecenie lekarza specjalisty	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, b) zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, c) transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania. Dodatkowo na życzenie podamy informację o placówkach handlowych lub wypożyczalniach oferujących sprzęt rehabilitacyjny. Nie obejmujemy ochroną przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
10)	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli przewidywany jest dłuższy niż 3-dniowy okres hospitalizacji. Centrum Operacyjne świadczy usługę po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji ■ podanie Centrum Operacyjnemu przez osobę uprawnioną danych osoby wyznaczonej do opieki: imię i nazwisko, dane teleadresowe i możliwość skontaktowania się z tą osobą ■ pisemna zgoda osoby uprawnionej ■ w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić 	Organizujemy i pokrywamy koszty: a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do miejsca zamieszkania na terenie Polski (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy), albo b) przejazdu osoby wyznaczonej przez osobę uprawnioną do opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania (na terenie Polski) do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy). Jeśli Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez osobę uprawnioną pod wskazanym przez nią adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania. Warunkiem jest udostępnienie mieszkania. Zapewniamy opiekę maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną	Do limitu 6000 zł Do 3 dni opieki w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej, jeśli nie ma możliwości sprawowania opieki przez osobę wyznaczoną	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
11)	Korepetycje	Dziecko nie może uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej w związku z koniecznością hospitalizacji przez okres dłuższy niż 14 dni lub koniecznością przebywania w miejscu zamieszkania na zwolnieniu lekarskim powyżej 14 dni	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca hospitalizacji dziecka lub miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, omawianego w czasie nieobecności dziecka. Wyłączamy z tego całą grupę przedmiotów nauczania, związaną z kształceniem specjalistycznym lub zawodowym. Dla uczniów szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia
12)	Opieka domowa po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres dłuższy niż 7 dni ■ pisemne zalecenie lekarza prowadzącego przebywania po okresie hospitalizacji w pozycji leżącej ■ w miejscu zamieszkania nie ma osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić 	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu i honorarium osoby wyznaczonej do pełnienia opieki domowej w miejscu zamieszkania i mającej następujące zadania:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) kupowanie artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, b) robienie niezbędnych porządków, c) dostarczanie lub przygotowywanie posiłków, d) opiekowanie się zwierzętami domowymi, e) podlewanie kwiatów; <p>w ramach ubezpieczenia nie pokrywamy kosztów zakupu potrzebnych produktów</p>	Do limitu 6000 zł do 5 dni, maksymalnie po 4 godziny dziennie	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
13)	Wizyta położnej w przypadku urodzenia się dziecka	Urodzenie się Twojego dziecka	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu do miejsca zamieszkania i honorarium położnej	Do limitu 6000 zł W ramach ubezpieczenia przysługuje jedna wizyta położnej	Ty, współmałżonek albo partner
14)	Pomoc psychologa	<p>Pogorszenie się stanu zdrowia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w związku z zajściem następujących sytuacji losowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Twoja śmierć, b) śmierć dziecka, c) urodzenie się martwego dziecka, d) śmierć współmałżonka albo partnera, e) poronienie, f) Twoja choroba, g) choroba współmałżonka albo partnera, h) choroba dziecka 	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty wizyt u psychologa.</p> <p>Na prośbę osoby uprawnionej konsultacje mogą mieć formę telekonsultacji.</p> <p>Nie obejmujemy ochroną przebiegu i skutków terapii.</p> <p>Na prośbę osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia zapewniamy również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego</p>	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
15)	Pobyt opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka	Hospitalizacja dziecka	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) łóżka szpitalnego dla jednego prawnego opiekuna dziecka w placówce medycznej, w której dziecko jest hospitalizowane; o ile dana placówka medyczna oferuje taką możliwość, świadczenie zrealizujemy zgodnie z lokalnymi możliwościami przez cały czas hospitalizacji dziecka, jednakże nie dłużej niż do wyczerpania sumy ubezpieczenia, albo b) pobytu jednego opiekuna prawnego dziecka w hotelu najbliższym miejsca hospitalizacji dziecka, jeśli nie ma możliwości zorganizowania pobytu opiekuna prawnego w szpitalu, pod warunkiem że szpital znajduje się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania 	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko
16)	Koszty przyjazdu członka rodziny osoby uprawnionej podczas hospitalizacji	Hospitalizacja przez okres dłuższy niż 3 dni w szpitalu, który znajduje się poza miejscowością wskazaną w adresie miejsca zamieszkania	<p>Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby wskazanej przez osobę uprawnioną z miejsca jej pobytu na terenie Polski do placówki medycznej, w której osoba uprawniona jest hospitalizowana, oraz koszty podróży powrotnej tej osoby do miejsca jej zamieszkania na terenie Polski po zakończonej hospitalizacji; transport odbywa się:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) taksówką (nie dalej jednak niż na odległość 100 km), b) pociągiem I klasy lub autobusem, c) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; dodatkowo w odniesieniu do lit. b) i c) świadczenie obejmuje również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem 	Do limitu 6000 zł	Ty, współmałżonek albo partner, dziecko

Lp.	Świadczenie dostępne w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego	Warunki uzyskania świadczenia	Opis świadczenia	Limit	Kto może skorzystać ze świadczenia	
17)	Udzielenie pomocy medycznej Twojemu rodzicowi lub rodzicowi współmałżonka albo partnera	opieka po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni ■ pisemne zalecenie lekarza prowadzącego pozostawania w pozycji leżącej po okresie hospitalizacji 	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki pielęgniarstwa albo domowej w miejscu zamieszkania rodzica po zakończeniu hospitalizacji	500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Twój rodzic oraz rodzic współmałżonka albo partnera
		transport na wizytę kontrolną	<ul style="list-style-type: none"> ■ hospitalizacja przez okres co najmniej 5 dni ■ zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną 	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną z miejsca zamieszkania rodzica do placówki medycznej, oraz transportu powrotnego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania rodzica	1 wizyta kontrolna w roku	
		asysta		Organizujemy i pokrywamy koszty honorarium osoby, która będzie towarzyszyć rodzicowi podczas transportu do placówki medycznej oraz pomoże przy załatwieniu formalności w placówce medycznej związanych z rejestracją oraz wypisem ze szpitala	200 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	
		infolinia medyczna	stan zdrowia rodzica nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego	Udzielamy pierwszej konsultacji telefonicznej z lekarzem naszego Centrum Operacyjnego. Informacja nie stanowi porady medycznej. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki zastosowania się do uzyskanych informacji		
18)	Przekazanie pilnej wiadomości od Ciebie, współmałżonka, partnera lub dziecka		Na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia za pośrednictwem Centrum Operacyjnego prześlemy wyznaczonej przez nią osobie każdą pilną wiadomość w związku z nagłym zdarzeniem ubezpieczeniowym, któremu uległa		Ty, współmałżonek albo partner, dziecko	

9. Świadczenia medyczne realizujemy wyłącznie na terenie Polski.

10. Zapewniamy osobom uprawnionym dostęp do infolinii medycznej i możliwość rozmowy telefonicznej z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących warunków udziela ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym o nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie Polski, a także o uwarunkowaniach medycznych, które dotyczą poszczególnych schorzeń. Gwarantujemy również dostęp do informacji na temat:

- 1) jednostek chorobowych,
- 2) stanów wymagających nagłej pomocy,
- 3) zachowań prozdrowotnych,
- 4) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- 5) ciąży – jej objawów, etapów rozwoju płodu, badań w czasie ciąży, zagrożeń, diety w trakcie ciąży i po porodzie,
- 6) przygotowania się do porodu,
- 7) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- 8) badań prenatalnych,
- 9) szkół rodzenia,
- 10) karmienia noworodka,
- 11) obowiązkowych szczepień dzieci,
- 12) pielęgnacji niemowląt,
- 13) transportu medycznego,
- 14) telefonów zaufania i grup wsparcia, udzielających na terenie Polski pomocy osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), kobietom po mastektomii, rodzicom ciężko chorych dzieci,
- 15) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej i rekomendowanych przez lekarzy Centrum Operacyjnego,

- 16) aptek znajdujących się na terenie Polski, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 17) badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 18) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych,
- 19) placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
- 20) placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- 21) sposobu przygotowywania się do zabiegów lub badań medycznych,
- 22) domów pomocy społecznej, hospicjów,
- 23) przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby.

Informacje, o których mowa powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec nas i lekarza Centrum Operacyjnego.

11. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń przekroczy sumę ubezpieczenia określoną w OWUD, możemy ją zrealizować po uzyskaniu Twojej zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowaną przez nas sumą ubezpieczenia.
12. Lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym decyduje o celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych.

Świadczenia ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

13. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona do jego otrzymania lub osoba występująca w jej imieniu powinny, przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie, niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego, oraz:
 - 1) wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich osoba uprawniona się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych;

- 2) podać nazwisko i imię osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, a także jej numer PESEL i w miarę możliwości numer telefonu;
 - 3) podać polisy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem;
 - 4) podać dokładne miejsce zdarzenia;
 - 5) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw;
 - 6) udzielać wyjaśnień, aby umożliwić Centrum Operacyjnemu działania, które są niezbędne do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia.
14. W wyjątkowych sytuacjach, gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy je w całości bądź częściowo. Zwrócimy koszty częściowo, jeśli nie wszystkie wydatki dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne. Zgłoś się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstaw dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.
 15. Nie zrealizujemy świadczenia, zmniejszymy je lub nie zwrócimy kosztów, jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia lub osoba występująca w jej imieniu umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie dopełniły obowiązków, które opisujemy wyżej. Mamy takie prawo, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło nam ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
 16. Realizujemy świadczenia maksymalnie przez 12 miesięcy. Liczymy ten okres od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, w związku z którym dane świadczenie przysługuje.

Wyłączenia odpowiedzialności

– kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

17. Spełnienie świadczeń medycznych w ramach tych OWUD może być opóźnione z powodu strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub wojny o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej, jeśli udokumentujemy te przyczyny.
18. Wyłączamy z naszej odpowiedzialności:
 - 1) koszty usług, które Centrum Operacyjne zorganizowało, jeśli wynikało to z powodu nieprawdziwych informacji;
 - 2) zdarzenia, które skutkują zagrożeniem życia i wymagają natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego;
 - 3) zdarzenia, które zagrażają życiu i zostały tak zakwalifikowane na podstawie informacji od zgłaszającego je do Centrum Operacyjnego; możemy wtedy odmówić realizacji świadczeń i nie ponosimy odpowiedzialności za skutki takiej kwalifikacji;
 - 4) świadczenia i usługi poza terytorium Polski;
 - 5) koszty zakupu leków;
 - 6) koszty wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego.
19. Dodatkowo nie odpowiadamy za koszty, które powstały z tytułu i w następstwie:
 - 1) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – jeśli wykraczają poza świadczenie rehabilitacji w ramach tych OWUD oraz zabiegów ze wskazań estetycznych czy helioterapii,
 - 2) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach wojennych, zbrojnych, w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że udział w nich wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) pozostawania pod wpływem alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³,
 - 4) użycia – przez osobę uprawnioną do świadczenia, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim albo niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
 - 5) zaburzeń psychicznych,
 - 6) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny,
 - 7) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: wszelkie sporty lotnicze, wspinaczka, speleologia, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, sporty motorowe i motorowodne oraz udział w każdego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 8) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 9) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych,
 - 10) chorób przewlekłych,
 - 11) przerwania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kupowania środków antykoncepcyjnych,
 - 12) szczepień,
 - 13) leczenia dentystycznego,
 - 14) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego.
20. Jeśli Ty lub osoba uprawniona podacie nam nieprawdziwe dane o okolicznościach lub skutkach zdarzenia ubezpieczeniowego, które objęliśmy ochroną, lub uchylacie się od wyjaśnień, odmówimy zwrotu kosztów. Jeśli podaliście nam nieprawdziwe informacje, możemy zażądać zwrotu poniesionych kosztów.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD?

21. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka, którą wskażemy, która działa w naszym imieniu i zajmuje się organizacją i świadczeniem usług określonych w tych OWUD;
 - 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, która trwa zwykle miesiącami lub latami, jest leczona stale lub okresowo, lub choroba, która była przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz ich komplikacje;
 - 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ciebie, które nie ukończyło 25. roku życia i mieszka wspólnie z Tobą w miejscu zamieszkania;
 - 4) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu leczenia;
 - 5) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne i występująca w jego imieniu;
 - 6) **lekarz prowadzący** – lekarz, z ramienia placówki medycznej, w której osoba poddała się leczeniu, sprawujący opiekę nad osobą uprawnioną;
 - 7) **miejsce pobytu** – miejsce na terenie Polski, w którym przebywasz tymczasowo Ty, Twój współmałżonek albo partner lub dziecko i które w ocenie Centrum Operacyjnego umożliwia realizację świadczeń;
 - 8) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski, które wskażesz Ty, Twój współmałżonek albo partner lub dziecko jako miejsce stałego zamieszkania;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które zaszło w okresie naszej odpowiedzialności i w którego następstwie Ty, współmałżonek albo partner, dziecko, Twój rodzic lub rodzic współmałżonka albo partnera niezależnie od swojej woli doznaliście uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub ktoś z Was zmarł; zdarzenie musi być niezależne od woli i stanu zdrowia Twojego, współmałżonka albo partnera, dziecka lub w przypadku świadczeń wymienionych w pkt 17 tabeli świadczeń – rodzica Twojego, rodzica współmałżonka lub partnera lub rodzica dziecka;

- 10) **poronienie** – samoistne, przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 22 tygodnie;
- 11) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny (jego waga nie przekracza 20 kg) sprzęt rehabilitacyjny, określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne funkcjonowanie lub je ułatwiający;
- 12) **urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego; w akcie urodzenia tego dziecka osoba uprawniona wymieniona jest jako jego rodzic;
- 13) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które obejmujemy ochroną na podstawie umowy dodatkowej, które u osób objętych ochroną polega na:
 - a) wystąpieniu choroby,
 - b) doznaniu obrażeń ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku trudnych sytuacji losowych, wymienionych w pkt 14 tabeli świadczeń,
 - d) urodzeniu się Twojego dziecka – dotyczy to wyłącznie wizyty położnej.

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

Rodzaj informacji	Zapisy OWU lub OWUD, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 1–11, pkt 13, pkt 19 oraz pkt 27
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	pkt 115 Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem – indeks GNOW/21/04/09 pkt 12, 20–25

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

Te OWUD zatwierdził Zarząd uchwałą nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r. i wchodzi one w życie 9 kwietnia 2021 r.

Ważne informacje

Niektóre pojęcia definiujemy inaczej lub bardziej szczegółowo, niż jest to przyjęte potocznie. Definiujemy je w OWU w pkt 124 oraz na końcu OWUD. Jeśli to samo pojęcie zdefiniowane jest w OWU i OWUD, stosujemy definicję, która jest w OWUD. Pamiętaj, aby czytać je uważnie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

– co obejmuje nasze ubezpieczenie

1. Ubezpieczamy zdrowie:
 - 1) Twoje w przypadku wyboru formy indywidualnej,
 - 2) Twoje, Twojego współmałżonka albo partnera oraz dziecka w przypadku wyboru formy rodzinnej.
2. Osoby uprawnione mogą korzystać ze świadczeń wskazanych w tych OWUD, jeśli doznają obrażeń ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który zdarzył się w okresie naszej ochrony.

3. Osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń to:
 - 1) Ty w przypadku wyboru formy indywidualnej,
 - 2) Ty, Twój współmałżonek albo partner oraz dziecko w przypadku wyboru formy rodzinnej.

Świadczenie ubezpieczeniowe

– z jakich świadczeń i na jakich zasadach można skorzystać

4. Jeśli osoba uprawniona ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, zorganizujemy lub zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń zgodnie z zasadami, które opisujemy niżej.
5. O celowości realizacji usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym.
6. Jeżeli koszt spełnienia danego świadczenia przekroczy limity zdefiniowane dla tego świadczenia, Centrum Operacyjne wykona świadczenie, o ile osoba uprawniona zgodzi się na dopłatę różnicy między ceną świadczenia a limitem.
7. Świadczenia realizujemy na terenie Polski.
8. Osobie uprawnionej przysługuje prawo do skorzystania z maksymalnie 20 świadczeń:

Tabela świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD		Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
POMOC MEDYCZNA				
1)	Konsultacja chirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
2)	Konsultacja okulisty	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
3)	Konsultacja otolaryngologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
4)	Konsultacja ortopedy	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
5)	Konsultacja kardiologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
6)	Konsultacja neurologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
7)	Konsultacja pulmonologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
8)	Konsultacja lekarza rehabilitacji	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
9)	Konsultacja neurochirurga	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
10)	Konsultacja psychologa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty konsultacji	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
11)	Zabiegi ambulatoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty zabiegów ambulatoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
12)	Badania laboratoryjne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań laboratoryjnych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych stanowiącej załącznik do OWUD. W ramach jednego świadczenia możliwe jest wykonanie zleconych badań, które traktowane są jako jedno świadczenie z limitu całkowitego do wykorzystania	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
13)	Badania radiologiczne	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań radiologicznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
14)	Ultrasonografia	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badań ultrasonograficznych w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
15)	Pakiet rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty jednego z poniższych świadczeń: 1) wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu osoby uprawnionej albo 2) wizyty osoby uprawnionej w poradni rehabilitacyjnej, znajdującej się najbliżej jej miejsca pobytu, w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz maksymalnie 40 zabiegów/procedur medycznych
16)	Tomografia komputerowa	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania tomografii komputerowej w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz
17)	Rezonans magnetyczny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty badania rezonansu magnetycznego w zakresie procedur medycznych wymienionych w tabeli procedur medycznych	1 raz

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit	
POMOC OPIEKUŃCZA				
18)	Opieka pielęgniarska	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizacja oraz pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki (procedury możliwe do wykonania w miejscu pobytu). Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów zakupu żywności, leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty
19)	Sprzęt rehabilitacyjny	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizacja i pokrycie kosztu wypożyczenia albo zakupu oraz kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za brak sprzętu rehabilitacyjnego w sklepach lub wypożyczalniach	1 raz – maksymalny koszt zakupu/wypożyczenia wynosi 800 zł
20)	Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego wydane na podstawie dokumentacji medycznej	Organizacja i pokrycie kosztu zakupu, wypożyczenia lub naprawy przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	1 raz – maksymalny koszt zakupu, wypożyczenia lub naprawy wynosi 1000 zł
21)	Transport osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizacja i pokrycie kosztu transportu na terenie Polski osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do placówki medycznej z miejsca jej pobytu oraz podróży powrotnej do jej miejsca zamieszkania po zakończeniu hospitalizacji. Transport odbywa się: 1) taksówką (nie dalej niż na odległość 100 km); 2) pociągiem I klasy lub autobusem; 3) samolotem w klasie ekonomicznej, jeżeli czas podróży pociągiem lub autobusem przekracza 8 godzin; w tym, w odniesieniu do pkt 2) i 3) również transport taksówką na dworzec lub lotnisko i z powrotem	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
22)	Zakwaterowanie osoby wskazanej przez osobę uprawnioną	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni w placówce medycznej znajdującej się powyżej 50 km od jej miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty zakwaterowania osoby wskazanej przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia w hotelu o kategorii do 3 gwiazdek, znajdującym się najbliżej miejsca hospitalizacji. Świadczenie obejmuje nocleg wraz ze śniadaniem	1 raz – maksymalnie 4 doby hotelowe
23)	Transport do placówki medycznej		Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej. Środek transportu jest dostosowany do stanu zdrowia osoby uprawnionej. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
24)	Transport pomiędzy placówkami medycznymi	Osoba uprawniona znalazła się w placówce medycznej, która nie zapewnia opieki medycznej dostosowanej do stanu jej zdrowia, lub jest ona skierowana na zabieg lub badania lekarskie do innej placówki medycznej. Świadczenie realizowane jest na pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, po konsultacji z lekarzem Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia wraz z osobą przez nią wskazaną pomiędzy placówkami medycznymi. Środek transportu dostosowany jest do stanu zdrowia osoby uprawnionej	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
25)	Transport z placówki medycznej	Hospitalizacja osoby uprawnionej. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu z placówki medycznej osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
26)	Transport na komisję lekarską oraz transport powrotny	Osoba uprawniona ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu osoby uprawnionej wraz z osobą przez nią wskazaną z miejsca zamieszkania do siedziby komisji lekarskiej oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
27) Transport na wizytę kontrolną oraz transport powrotny	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego udania się na wizytę kontrolną do placówki medycznej przed upływem roku od dnia zakończenia hospitalizacji. Ze względu na swój stan zdrowia, potwierdzony dokumentacją medyczną, osoba uprawniona nie może odbyć podróży środkami transportu publicznego lub własnym samochodem	Organizujemy i pokrywamy koszty transportu na wizytę kontrolną oraz transportu powrotnego do miejsca zamieszkania. O wyborze środka transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego w porozumieniu z lekarzem prowadzącym	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
28) Dostarczenie rzeczy osobistych do szpitala	Osoba uprawniona jest hospitalizowana i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia niezbędnych artykułów pierwszej potrzeby, w szczególności odzieży, przyborów toaletowych, okularów. Warunkiem skorzystania ze świadczenia jest udostępnienie przez osobę wskazaną przez osobę uprawnioną wyżej wymienionych przedmiotów przedstawicielowi Centrum Operacyjnego. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu wyżej wymienionych artykułów	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
29) Dostarczenie lekarstw	Osoba uprawniona (z uwagi na rodzaj obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia leków przepisanych przez lekarza prowadzącego (z wyłączeniem kosztu leków). Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie przedstawicielowi Centrum Operacyjnego recepty niezbędnej do wykupienia leków	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
30) Pomoc domowa po hospitalizacji	Hospitalizacja osoby uprawnionej przez okres dłuższy niż 4 dni i po zakończonej hospitalizacji konieczne jest zapewnienie jej pomocy w miejscu zamieszkania – zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego lub zaleceniem lekarza Centrum Operacyjnego danym na podstawie dokumentacji medycznej. Osoba uprawniona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników	Organizacja oraz pokrycie kosztów honorarium i dojazdu pomocy domowej do miejsca zamieszkania osoby uprawnionej. Świadczenie obejmuje: 1) zakupy artykułów spożywczych pierwszej potrzeby, 2) codzienne porządki domowe, 3) dostawę lub przygotowanie posiłków, 4) opiekę nad zwierzętami domowymi, 5) podlewanie kwiatów. Nie pokrywamy kosztów zakupu jakichkolwiek materiałów lub środków spożywczych, związanych z zapewnieniem pomocy domowej	1 raz – maksymalnie 4 wizyty po 4 godziny w okresie kolejnych 14 dni.
31) Dostarczenie podstawowych artykułów spożywczych	Osoba uprawniona (z powodu obrażeń, jakich doznała) nie może opuszczać miejsca zamieszkania i nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Pisemne zalecenie lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego	Organizujemy i pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania podstawowych artykułów spożywczych	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
32) Opieka nad dziećmi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom opiekę	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne dołoży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub opiekę społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni przez 24 godziny na dobę
33) Opieka nad osobami niesamodzielnymi	Hospitalizacja osoby uprawnionej albo konieczność pozostawania w pozycji leżącej, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego. Pisemna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę osobie niesamodzielnej	Organizujemy i pokrywamy koszty opieki nad osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem takich usług lub przez pielęgniarkę – tylko w sytuacjach, które są uzasadnione stanem zdrowia osoby, której opieka ma dotyczyć. Po upływie okresu opieki, która przysługuje w ramach ubezpieczenia, Centrum Operacyjne dołoży starań, aby, jeśli będzie taka potrzeba, zorganizować opiekę dalszej rodziny lub społeczną	1 raz – maksymalnie przez 4 kolejne dni po 24 godziny na dobę

Świadczenia dostępne w ramach OWUD	Dodatkowe warunki konieczne do spełnienia, aby uzyskać świadczenie	Opis	Ile razy osoba uprawniona może skorzystać ze świadczenia w ramach jednego nieszczęśliwego wypadku oraz czy i jaki jest limit
34) Opieka nad zwierzętami	Hospitalizacja osoby uprawnionej (przewidywany okres hospitalizacji przekracza 4 dni). Pismna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu zwierzęcia. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić opiekę	Organizacja oraz pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny. Po upływie przysługującego okresu opieki Centrum Operacyjne dołoży starań, jeśli zajdzie taka potrzeba, aby zorganizować opiekę dalszej rodziny lub schronisko dla zwierząt na koszt osoby uprawnionej. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztów karmy dla zwierząt lub środków do utrzymania higieny, używanych podczas sprawowania opieki	1 raz – maksymalnie przez 4 dni
35) Transport dziecka do placówki oświatowo-wychowawczej	Osoba uprawniona zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego nie może opuszczać miejsca zamieszkania. Pismna zgoda osoby uprawnionej i zapewnienie dostępu do miejsca pobytu dzieci. W miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby zapewnić dzieciom transport	Organizujemy i pokrywamy koszty przewozu dziecka z miejsca zamieszkania na zajęcia do szkoły, przedszkola, żłobka i z powrotem po zakończeniu zajęć	Do wykorzystania limitu całkowitego 20 świadczeń
36) Pobyt prawnego opiekuna w szpitalu	Hospitalizacja dziecka w szpitalu znajdującym się w odległości powyżej 50 km od miejsca zamieszkania	Organizujemy i pokrywamy koszty pobytu jednego opiekuna prawnego razem z dzieckiem w szpitalu zgodnie z wymogami i możliwościami, jakimi dysponuje szpital. Gdy nie ma możliwości zorganizowania pobytu prawnego opiekuna w szpitalu, organizujemy i pokrywamy koszty pobytu w hotelu o kategorii do trzech gwiazdek najbliższej miejsca hospitalizacji dziecka	1 raz – nie dłużej niż 4 doby
37) Korepetycje	Dziecko, na podstawie zwolnienia lekarskiego, nie może co najmniej przez 7 dni uczestniczyć w zajęciach dydaktycznych w placówce oświatowo-wychowawczej	Organizujemy i pokrywamy koszty dojazdu korepetytora do miejsca zamieszkania oraz koszty korepetycji w zakresie bieżącego programu nauczania w placówce oświatowo-wychowawczej, do której uczęszcza dziecko. Zakres świadczenia obejmuje korepetycje z przedmiotów wybranych spośród: języka polskiego, matematyki, fizyki, chemii, biologii, języków obcych (angielskiego, niemieckiego, francuskiego, hiszpańskiego)	1 raz – maksymalnie 10 godzin, jednak nie więcej niż 2 godziny podczas jednej wizyty

Przykład:

Jeśli w wyniku nieszczęśliwego wypadku złamiesz nogę i skorzystasz z następujących świadczeń: 3 konsultacji ortopedy (3 świadczenia), 1 konsultacji lekarza rehabilitacji, 1 rezonansu magnetycznego, założenia oraz zdjęcia gipsu (2 świadczenia) oraz 17 zabiegów rehabilitacyjnych w ramach pakietu rehabilitacyjnego (1 świadczenie), to łącznie wykorzystasz 8 z 20 świadczeń.

9. W okresie ochrony osoba uprawniona może korzystać bez ograniczeń z telefonicznej informacji medycznej. Wykwalifikowany personel udziela ustnej, ogólnej informacji na temat:

- 1) stanów wymagających natychmiastowej pomocy medycznej i zasad jej udzielania;
- 2) postępowania w przypadku ukąszeń;
- 3) jednostek chorobowych, w tym chorób rzadkich, stosowanego typowego leczenia, nowoczesnych metod leczenia, dostępnych na terytorium Polski;
- 4) zachowań prozdrowotnych;
- 5) profilaktyki zachorowań na grype, profilaktyki antynikotynowej;
- 6) opisów lub wyników wykonanych badań;
- 7) sposobów przygotowania się do zabiegów i badań medycznych, przyjęcia lub wypisu ze szpitala;
- 8) niezbędnych badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
- 9) leków oraz objawów niepożądanych przy ich przyjmowaniu, interakcji z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji;

- 10) poziomu refundacji leków;
- 11) grup wsparcia, telefonów zaufania na terenie Polski świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem, osobom w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiącym na choroby przewlekłe czy depresję, mającym problemy zdrowotne, dla rodziców ciężko chorych dzieci, ofiarom przemocy domowej, osobom samotnie wychowującym dzieci, kobietom po mastektomii;
- 12) szczepień, zagrożeń epidemiologicznych dla podróżnych;
- 13) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich), w tym: adresów, godzin pracy i numerów telefonów, placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej oraz rekomendowanych przez lekarza Centrum Operacyjnego;
- 14) danych teled adresowych aptek, placówek opieki społecznej, hospicjów i placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, szpitali prywatnych należących do sieci partnera medycznego, w tym: dostępności, zakresu świadczeń medycznych czy średnich cen usług medycznych.

Ponadto w ramach telefonicznej informacji medycznej Centrum Operacyjne umożliwi osobie uprawnionej telefoniczną konsultację z lekarzem.

Świadczenie ubezpieczeniowe – w jaki sposób je realizujemy

10. Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona lub osoba występująca w jej imieniu powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, na numer telefonu podany w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia, i podać wszelkie dostępne informacje, w szczególności:

- 1) Twoje imię i nazwisko;
 - 2) Twój numer PESEL;
 - 3) adres miejsca zamieszkania;
 - 4) datę zajścia zdarzenia;
 - 5) telefon kontaktowy;
 - 6) krótki opis zdarzenia.
11. Osoba uprawniona powinna postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Operacyjnego.
 12. Jeśli nie otrzymamy informacji wskazanych w pkt 10, mamy prawo odmówić świadczenia, o ile informacje te są niezbędne do prawidłowej realizacji świadczenia.
 13. Aby uzyskać pierwsze świadczenie w odniesieniu do danego nieszczęśliwego wypadku, osoba uprawniona lub osoba działająca w jej imieniu powinna wypełnić i przekazać do Centrum Operacyjnego wnioski o realizację świadczeń. Do wniosku należy dołączyć kopię dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej, z której wyraźnie wynika, że powstałe obrażenia ciała są następstwem nieszczęśliwego wypadku. Dokumenty należy przesać do Centrum Operacyjnego pocztą tradycyjną lub pocztą mailową na adres wskazany we wniosku o realizację świadczeń.
 14. Lekarz Centrum Operacyjnego podejmie decyzję, czy osoba uprawniona spełnia warunki uzyskania świadczenia w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania dokumentów, o których mówimy w pkt 13.
 15. Na prośbę Centrum Operacyjnego osoba uprawniona powinna przekazać inne dokumenty, niezbędne do ustalenia, czy świadczenie jest należne.
 16. Czas oczekiwania na konsultacje u lekarzy specjalistów wynosi 5 dni roboczych, o ile osoba uprawniona nie wskaże późniejszego terminu. Gwarancja dostępności dotyczy lekarza danej specjalizacji, a nie konkretnego lekarza.
 17. Świadczenia medyczne realizują placówki medyczne należące do sieci partnera medycznego.
 18. Koszty świadczeń pokrywa Centrum Operacyjne bezpośrednio na rzecz podmiotu lub placówki medycznej, które realizują świadczenie.
 19. W wyjątkowych sytuacjach gdy osoba uprawniona nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej i sama pokryła koszty usług medycznych, zwrócimy je w całości bądź częściowo. Zwrócimy koszty częściowo, jeśli nie wszystkie wydatki dotyczyły świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne. Zgłoś się do Centrum Operacyjnego w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty, kiedy ustały przyczyny uniemożliwiające skontaktowanie się z Centrum Operacyjnym i przedstaw dokumenty, które wskaże Centrum Operacyjne. Zwrócimy koszty po weryfikacji dokumentów. Mamy prawo do zwrotu kosztów, jakie ponieśliśmy w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie, w wysokości nie wyższej niż limity, które wskazaliśmy dla poszczególnych usług medycznych.

Aby uzyskać świadczenie, osoba uprawniona powinna skontaktować się z Centrum Operacyjnym, dzwoniąc pod numer telefonu podany w polisie lub dokumencie umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

20. Nie przyznamy świadczeń, jeśli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego, jest następstwem zdarzeń wymienionych w pkt 71–73 OWU, a także następstwem:
 - 1) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka;
 - 3) znajdowania się pod wpływem narkotyków, niezaleconego przez lekarza zażycia leków, środków odurzających lub psychotropowych, jeżeli osoba uprawniona wiedziała lub powinna wiedzieć o takim działaniu leku na podstawie adnotacji na opakowaniu lub ulotki, zawierającej informacje o wpływie leku na zdolności psychosomatyczne, o ile miało to wpływ na powstanie lub zwiększenie się szkody;
 - 4) zaburzeń psychicznych.
21. Nie ponosimy odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienia w realizacji świadczenia, jeśli było to spowodowane:
 - 1) trzęsieniem lub osunięciem się ziemi, powodzią, huraganem, pożarem;
 - 2) strajkami, atakami terrorystycznymi, skutkiem promieniowania radioaktywnego, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych, mogącymi uniemożliwić realizację danych świadczeń przez usługodawców;
 - 3) działaniami wojennymi, działaniami zbrojnymi, zamieszkami;
 - 4) brakiem lub ograniczeniem dostępu do osoby uprawnionej lub do innych osób, w stosunku do których miało zostać spełnione świadczenie, albo do miejsca zamieszkania, albo do innego miejsca, w którym miało zostać spełnione świadczenie.
22. Jeżeli do realizacji świadczenia konieczna jest pisemna zgoda osoby uprawnionej na zwolnienie służb medycznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej, nie ponosimy odpowiedzialności, jeżeli brak tej zgody był przyczyną niespełnienia lub nienależytego spełnienia świadczenia.
23. Nie ponosimy odpowiedzialności za organizację i pokrycie kosztów leczenia obrażeń ciała, które nie są bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem.
24. Centrum Operacyjne nie ponosi odpowiedzialności za przebieg ani skutki organizowanych przez nie terapii, leczenia, zabiegów, badań ani rehabilitacji.
25. Nie ponosimy odpowiedzialności za wszelkie skutki, jeśli osoba uprawniona nie zastosuje się do decyzji i zaleceń lekarza Centrum Operacyjnego lub podejmuje decyzje, które są sprzeczne z zaleceniami lekarza Centrum Operacyjnego.
26. Informacje udzielane w ramach telefonicznej informacji medycznej mają charakter ogólny i informacyjny, nie stanowią porady medycznej, nie mają charakteru diagnostycznego i nie mogą być traktowane jako ostateczna opinia czy porada.

Definicje

– jak rozumiemy pojęcia w OWUD

27. W OWUD używamy pojęć, które mają następujące znaczenia:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – jednostka zajmująca się organizacją i świadczeniem usług medycznych i opiekuńczych w naszym imieniu;
 - 2) **dziecko** – Twoje dziecko własne lub przysposobione, które mieszka wspólnie z Tobą w miejscu zamieszkania i nie ukończyło 25. roku życia;
 - 3) **hospitalizacja** – leczenie w szpitalu, które trwa nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, łącznie z czasem hospitalizacji, który określony jest w tabeli powyżej przy opisie świadczenia;
 - 4) **lekarz prowadzący** – lekarz przydzielony do opieki nad osobą uprawnioną w placówce medycznej, w której poddała się ona leczeniu następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) **lekarz Centrum Operacyjnego** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z polskim prawem, wskazana przez Centrum Operacyjne i uprawniona do występowania w imieniu Centrum Operacyjnego;
 - 6) **miejsce pobytu** – znajdujące się na terytorium Polski miejsce, w którym znajduje się osoba uprawniona, nie dotyczy pobytu w placówce medycznej;
 - 7) **miejsce zamieszkania** – miejsce na terenie Polski wskazane przez osobę uprawnioną jako miejsce stałego zamieszkania;
 - 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie osoba uprawniona do otrzymania świadczenia – niezależnie od swojej woli oraz stanu zdrowia – doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
 - 9) **osoba niesamodzielna** – osoba, która w dniu nieszczęśliwego wypadku pozostaje z osobą uprawnioną we wspólnym gospodarstwie domowym w miejscu zamieszkania i jest dla osoby uprawnionej:
 - a) małżonkiem lub osobą pozostającą z nią w konkubinacie;
 - b) dzieckiem, pasierbem, dzieckiem przysposobionym lub przyjętym na wychowanie;
 - c) rodzicem, przysposabiającym, teściem, ojczymem, macochą;
 - d) dziadkiem, babcią, wnukiem, rodzeństwem, zięciem, synową,

i ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych i wymaga stałej lub długoterminowej opieki oraz pomocy innych osób;

- 10) **sprzęt rehabilitacyjny** – niezbędny drobny sprzęt rehabilitacyjny, określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie, umożliwiający samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;

11) **limit całkowity** – maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania na jeden nieszczęśliwy wypadek; limit całkowity wynosi 20 świadczeń;

12) **zwierzę domowe** – kot lub pies, który jest własnością osoby uprawnionej; o ile kot należy do ras domowych, pies nie jest rasy uznawanej za agresywną zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

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

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

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń), w przypadku kilku ran w obrębie jednego obszaru wielkość ran podlega zsumowaniu;

złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym występują minimum 3 odłamy kostne w obrębie kości (lub więcej niż jedna linia złamania w obrębie kości);

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

A. USZKODZENIA GŁOWY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a)	rany skóry owłosionej głowy od 5 do 8 cm długości	1
b)	rany powyżej 8 do 12 cm długości	3
c)	rany powyżej 12 cm długości	10
d)	utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2.	Złamania kości czaszki:	
a)	sklepienia (za każdą kość)	2
b)	podstawy	5
3.	Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a)	poniżej 3 cm ²	3
b)	od 3 do 10 cm ²	7
c)	powyżej 10 do 50 cm ²	10
d)	powyżej 50 cm ²	20
4.	Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a)	z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b)	z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c)	z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d)	z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5.	Urazy śródczaszkowe	
a)	krwiak śródczaszkowy pourazowy, potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (TK, RM) leczony zachowawczo	10
b)	krwiak śródczaszkowy pourazowy leczony operacyjnie	20
c)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60
e)	krwiak śródczaszkowy pourazowy skutkujący orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
6.	Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a)	blozkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b)	okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3

B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
7.	Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a)	rany skóry twarzy od 2 do 7 cm długości	1
b)	rany skóry twarzy powyżej 7 do 11 cm długości	3
c)	rany skóry twarzy powyżej 11 cm długości	10
d)	oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
8.	Uszkodzenia nosa:	
a)	złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b)	złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d)	utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e)	utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
9.	Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
10.	Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.		
11.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
12.	Utrata szczęki lub żuchwy:	
a)	częściowa	15
b)	całkowita	40
13.	Złamania żuchwy:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
14.	Ubytek podniebienia	15
15.	Urazy języka:	
a)	rana języka powyżej 1 cm	1
b)	częściowa utrata języka	3
c)	całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
16.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a)	jednego oka	15
b)	obu oczu	30

17.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku – z potwierdzeniem dodatniego testu barwienia rogówki (fluoresceiną lub innym barwnikiem) lub koniecznością leczenia okulistycznego z minimum 3 wizytami u specjalisty okulisty	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d)	z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e)	z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f)	utrata gałki ocznej	40
18.	Ubytki pola widzenia:	
a)	dwuskroniowe	60
b)	dwunosowe	30
c)	jednoimienne	30
d)	inne ubytki pola widzenia (jednoczne)	5
19.	Bezsoczewkowość pourazowa:	
a)	w jednym oku	15
b)	w obu oczach	30
20.	Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcji operacyjnej:	
a)	w jednym oku	5
b)	w obu oczach	15
21.	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z całkowitą utratą wzroku	35
22.	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
23.	Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
<p>Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.</p>		
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (nie podlegają sumowaniu)		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
24.	Urazy małżowiny usznej:	
a)	rany powyżej 1 cm, oparzenia i odmrożenia	1
b)	utrata części małżowiny	2
c)	utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d)	całkowita utrata jednej małżowiny	15
e)	całkowita utrata obu małżowin	30
25.	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a)	bez utraty słuchu, jednostronne	2
b)	z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c)	z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d)	z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e)	z całkowitą obustronną utratą słuchu	50

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

26.	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a)	jednostronne	5
b)	dwustronne	20
<p>W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.</p>		
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
27.	Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
28.	Uszkodzenie przełyku:	
a)	leczone operacyjnie	7
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
29.	Uszkodzenie skóry szyi:	
a)	rany skóry od 5 do 10 cm długości	1
b)	rany skóry powyżej 10 cm długości	3
c)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
30.	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a)	rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b)	rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
31.	Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a)	rany brodawki	1
b)	częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c)	krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d)	częściowa lub całkowita utrata sutka	15
32.	Złamania żeber:	
a)	złamanie 1 żebra	0,5
b)	złamania od 2 do 4 żeber	2
c)	złamania od 5 do 10 żeber	7
d)	złamania powyżej 10 żeber	10
33.	Złamanie mostka:	
a)	bez przemieszczenia	2
b)	z przemieszczeniem	4
c)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
34.	Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10
d)	utrata części płuca	15
e)	utrata całego płuca	30
35.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b)	uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
36.	Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
37. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:		
a)	rany skóry od 10 do 15 cm długości	1
b)	rany skóry powyżej 15 cm długości	3
c)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
d)	rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
38. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:		
a)	leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b)	utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
39. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie		10
40. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:		
a)	uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	4
b)	uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
41. Uszkodzenia śledziony:		
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata śledziony	15
42. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:		
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d)	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PĘCIOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
43. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:		
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa nerki	15
d)	utrata całkowita nerki	30
e)	utrata obu nerek	100
44. Uszkodzenie moczowodu:		
a)	leczone endoskopowo	5
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
45. Uszkodzenie pęcherza moczowego:		
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone operacyjnie	10
c)	utrata całkowita pęcherza	50
46. Uszkodzenia cewki moczowej:		
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone endoskopowo	5
c)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
47. Uszkodzenia prącia:		
a)	rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	3
b)	częściowa utrata prącia	10
c)	całkowita utrata prącia	40
48. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:		

a)	leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa	10
d)	utrata całkowita	20
e)	utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
49. Utrata macicy		30
50. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:		
a)	izolowane rany w zakresie skóry	3
b)	uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c)	uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
51. Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:		
a)	skręcenie	2
b)	zwichnięcie	4
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.		
52. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):		
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	2
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.		
53. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):		
a)	skręcenie	2
b)	zwichnięcie	4
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.		
54. Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone zachowawczo	10
b)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), leczone operacyjnie	20
c)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o czasowej niezdolności do pracy na ponad 12 miesięcy	30
d)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy	60

e)	uszkodzenie rdzenia kręgowego jednoznacznie rozpoznane w szpitalu, potwierdzone w badaniach obrazowych rdzenia (TK, RM), skutkujące orzeczeniem o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji	100
J. USZKODZENIA MIEDNICY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
55.	Rozejście się spojenia łonowego	5
56.	Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
57.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b)	w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d)	w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
58.	Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a)	tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b)	przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c)	zwichnięcie centralne I°	7
d)	zwichnięcie centralne II°	15
e)	zwichnięcie centralne III°	30
f)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
59.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a)	jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c)	wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d)	wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e)	izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego	3
f)	złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g)	złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
ŁOPATKA		
60.	Złamania łopatki:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	1
OBOJCZYK		
61.	Złamania obojczyka:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
62.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a)	zwichnięcie I°	1
b)	zwichnięcie II°	3
c)	zwichnięcie III°	5

BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
63.	Uszkodzenia stawu ramiennolopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	2
f)	złamania leczone protezoplastyką	15
64.	Utrata kończyny w stawie ramiennolopatkowym	65
65.	Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ		
66.	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b)	złamania otwarte	10
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
67.	Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a)	rany powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c)	uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
68.	Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY		
69.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
c)	inne złamania	2
70.	Inne uszkodzenia łokcia:	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ		
71.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
72.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b)	złamania otwarte	7
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
73.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a)	rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c)	uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
74.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
75.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50

NADGARSTEK		
76.	Uszkodzenia nadgarstka:	
a)	złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	zwichnięcia	5
e)	skręcenia	1
77.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE		
78.	Złamania kości śródreżca:	
a)	I kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii)	inne złamania	2
b)	II kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
c)	III, IV, V kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
79.	Rany dłoni (z wyjątkiem palców) i śródreżca powyżej 3 cm	1
KCIUK		
80.	Utrata w zakresie kciuka:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	6
c)	utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10
d)	utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
81.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	rany kciuka powyżej 3 cm	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY		
82.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	2
c)	utrata paliczka środkowego	8
d)	utrata trzech paliczków	10
e)	utrata wskaziciela z kością śródreżca	11
83.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
d)	rany powyżej 3 cm	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2

f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
84.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b)	palec III – utrata dwóch paliczków	5
c)	palec III – utrata trzech paliczków	8
d)	utrata palca III z kością śródreżca	9
e)	palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f)	palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g)	palec IV – utrata trzech paliczków	3
h)	utrata palca IV z kością śródreżca	4
i)	palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j)	palec V – utrata dwóch paliczków	2
k)	palec V – utrata trzech paliczków	3
l)	utrata palca V z kością śródreżca	4
85.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a)	palec III:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
iv)	rany powyżej 4 cm	1
v)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vi)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
b)	palec IV:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
iv)	rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
c)	palec V:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii)	inne złamania	1
iii)	rany powyżej 5 cm, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródreżczo-paliczkowym	1
<p>Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.</p> <p>Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.</p>		
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
STAW BIODROWY		
86.	Utrata kończyny dolnej:	
a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
87.	Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10

c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO		
88.	Złamanie trzonu kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	3
89.	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a)	rany skórne uda lub pośladka powyżej 7 cm długości	1
b)	uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c)	uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
KOLANO		
90.	Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a)	skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b)	skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
e)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f)	inne złamania	3
91.	Złamania rzepki:	
a)	złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d)	inne złamania	3
92.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a)	uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b)	uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczno – LCL	4
f)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g)	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4
93.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE		
94.	Złamanie trzonu kości podudzia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	3
95.	Izolowane złamanie trzonu kości strzałkowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1

96.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a)	rany skórne powyżej 7 cm długości	1
b)	naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c)	całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d)	uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e)	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f)	uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g)	uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
97.	Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a)	przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b)	przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
98.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a)	skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
b)	skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c)	złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d)	złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e)	złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f)	złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g)	złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h)	złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i)	złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j)	złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
99.	Złamania kości skokowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b)	złamania wieloodłamowe	5
c)	inne złamania	3
100.	Złamania kości piętowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b)	złamania wieloodłamowe	8
c)	inne złamania	4
101.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a)	częściowa utrata	25
b)	całkowita utrata	40
102.	Uszkodzenie pozostałych kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	2
103.	Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b)	złamania otwarte	5
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d)	inne złamania	2
104.	Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a)	rany powyżej 5 cm grzbietu stopy	1
b)	rany podeszwy stopy	2
105.	Utrata stopy w całości	45
106.	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40

107.	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
108.	Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY		
109.	Uszkodzenie palucha:	
a)	rana palucha powyżej 3 cm długości	1
b)	częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c)	utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d)	utrata całego palucha	8
e)	utrata z kością śródstopia	9
110.	Złamania palucha:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b)	złamania otwarte	3
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d)	inne złamania	1
111.	Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a)	złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b)	inne złamania (każdy)	1
112.	Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
113.	Częściowa utrata palców stopy II–V (każdy)	1
114.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
115.	Utrata palca V z kością śródstopia	4
116.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, rany, uszkodzenia ścięgien (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
<p>Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.</p> <p>Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.</p> <p>Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.</p>		
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
117.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
b)	nerwu piersiowego długiego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	3

ii)	całkowite	20
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	25
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
k)	nerwu łokciowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i)	częściowe	7
ii)	całkowite	40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	15
o)	nerwu zasłonowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
p)	nerwu udowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
q)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego):	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
r)	nerwu sromowego wspólnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	50
t)	nerwu piszczelowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
u)	nerwu strzałkowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	60
w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	2

ii)	całkowite	10
N. INNE		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
118.	Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej) (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
119.	Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej) (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
120.	Inne oparzenia I i II stopnia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
121.	Inne oparzenia powyżej stopnia IIA:	
a)	rąk – za 1% TBSA	5
b)	kończyn górnych (poza rękami) – 1% TBSA	1

c)	stóp – za 1%TBSA	3
d)	kończyn dolnych (poza stopami) – za 1% TBSA	1
122.	Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej) (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5
123.	Inne skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	0,5

* Leczenie – oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4), ponowną wizytę. Jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznany urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji).

Niniejsza tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu współmałżonka lub partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu

Ocena uszczerbku po udarze mózgu		
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub skalę Ashwortha):		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100%
b)	głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie upośledzający sprawność kończyn (2–3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	60–80%
c)	średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	40–60%
d)	nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–35%
e)	porażenie kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
	– prawej	70–90%
	– lewej	60–80%
f)	niedowład kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
	– prawej	70–90%
	– lewej	60–80%
g)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
	– prawa	50–60%
	– lewa	40–50%
h)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha):	
	– prawa	30–50%
	– lewa	20–40%
i)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3–4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha):	
	– prawa	10–30%
	– lewa	5–20%
j)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50%
k)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2–2/3° wg skali Lovetta lub 4–3° wg skali Ashwortha)	25–40%
l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3–3/4° wg skali Lovetta lub 3–2° wg skali Ashwortha)	15–25%

m)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4–4/5° wg skali Lovetta lub 2/1–1° wg skali Ashwortha)	5–15%
Uwaga: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg poz. 11, uwzględniając że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać wg poz. od 1j do 1m, oddzielnie dla każdej kończyny.		
Skala Lovetta		
0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej		
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej		
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu za pomocą i przy odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej		
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej		
4° – zdolność do wykonywania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej		
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej		
Skala Ashwortha		
1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego		
2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny		
3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu		
4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania		
5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania		
2. Zespoły pozapiramidowe:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie upośledzający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100%
b)	znacznie stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę, niewymagający opieki osób trzecich	41–80%
c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40%
d)	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy upośledzający sprawność ustroju	11–20%
e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10%
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100%
b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41–80%
c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11–40%

d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10%
4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	padaczka z bardzo częstymi napadami – 3 napady w tygodniu i więcej	30–40%
b)	padaczka z napadami – powyżej 2 napadów na miesiąc	20–30%
c)	padaczka z napadami – 2 i mniej napadów na miesiąc	10–20%
d)	padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1–10%
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). Ocena częstości napadów po leczeniu. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg poz. 5.		
5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne utrudniające znacznie lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100%
b)	encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80%
c)	encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50%
d)	encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25%
Uwaga: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).		
6. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy – w zależności od stopnia zaburzeń (ból głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu mimo leczenia)	1–5%
b)	zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała – w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	6–20%
7. Zaburzenia mowy:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100%
b)	afazja całkowita motoryczna	60%
c)	afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59%
d)	afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39%
e)	afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19%

8. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	znacznie upośledzające czynność ustroju	31–50%
b)	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20–30%
9. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35%
b)	z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10–20%
c)	z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10%
d)	zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1–10%
10. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1–10%
b)	ruchowe	1–10%
c)	czuciowo-ruchowe	3–20%
11. Uszkodzenie nerwu twarzowego:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20%
b)	obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3–19%
c)	izolowane uszkodzenie centralne	2–10%
12. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodów pokarmowego:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	niewielkiego stopnia	5–10%
b)	średniego stopnia	10–25%
c)	dużego stopnia	25–50%
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
		3–15%
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia:		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
		5–20%
Uwaga: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, należy oceniać wg poz. 5.		
Ocena uszczerbku po zawale mięśnia sercowego		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
a)	z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5%
b)	I klasa NYHA, EF 50–55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6–15%
c)	II klasa NYHA, EF 45–55%, 7–10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16–25%
d)	III klasa NYHA, EF 35–45%, 5–7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26–55%
e)	IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56–90%

<p>Uwaga: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.</p>
<p>Klasyfikacja NYHA – klasyfikacja nowojorskiego towarzystwa kardiologicznego wyróżnia następujące stany czynnościowe serca:</p>
<p>Klasa I – Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.</p>
<p>Klasa II – Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</p>
<p>Klasa III – Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.</p>

<p>Klasa IV – Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.</p>
<p>Definicja EF – frakcja wyrzutowa lewej komory</p>
<p>Frakcja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa wyraża zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.</p>
<p>Definicja równoważnika metabolicznego – MET, stosowanego przy ocenie próby wysiłkowej</p>
<p>MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.</p>

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera

Poważne zachorowanie oznacza jedną z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:

KATALOG A

- 1) angioplastyka wieńcowa – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 2) bakteryjne zapalenie opon mózgowych – infekcja bakteryjna opon mózgowych, powodująca zaburzenia funkcji mózgu i prowadząca do powstania trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od czasu jej rozpoznania; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza neurologa oraz wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 3) choroba Alzheimera – upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych spowodowane nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzone testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera lub demencji, polegające na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa; ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje demencji spowodowanej chorobą AIDS, nadużywaniem alkoholu lub substancji odurzających;
- 4) choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD) – choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym ośłupieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, klinicznie rozpoznana za życia ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera przez specjalistę neurologa i skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); warunkiem uznania roszczenia przez nas jest stwierdzenie przez specjalistę neurologa pełnoobjawowej choroby Creutzfeldta-Jakoba przy jednoczesnej niepełnosprawności w wyżej wymienionych czynnościach życia codziennego;
- 5) choroba neuronu ruchowego – jednoznaczne rozpoznanie choroby neuronu ruchowego postawione przez lekarza neurologa i potwierdzone badaniami neurologicznymi;
- 6) choroba Parkinsona – samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej i niestabilności postawy oraz skutkująca niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego (poruszanie się w domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych, mycie i toaleta, ubieranie się, jedzenie); rozpoznanie choroby musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa;
- 7) dystrofia mięśniowa – jednoznaczne rozpoznanie dystrofii mięśniowej przez lekarza neurologa, skutkującej trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy:
 - a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
- e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 8) łagodny guz mózgu – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- 9) nadciśnienie płucne pierwotne (samoistne) – wzrost ciśnienia w tętnicy płucnej o nieznannej etiologii, prowadzący do przerostu i niewydolności prawej komory serca; konsekwencją choroby jest wystąpienie przewlekłej, nierokującej poprawy, niewydolności serca sklasyfikowanej jako IV stopień według NYHA (New York Heart Classification); klasa IV wg NYHA oznacza, że najmniejszy wysiłek mężczyzny, powoduje duszności, kołatanie serca lub ból dławicowy, a dolegliwości te występują także w spoczynku; zakres ubezpieczenia nie obejmuje tych wszystkich przypadków, w których nadciśnienie płucne ma charakter wtórny (w tym zwłaszcza jest związane z chorobami płuc, przewlekłą niewydolnością oddechową, zatorowością płucną, niewydolnością lewej komory serca i wadami zastawek serca); ponadto muszą być spełnione jednocześnie wszystkie poniższe kryteria:
 - a) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej równe 30 mmHg lub wyższe,
 - b) naczyniowy opór płucny > 3 (mmHg/L)/min,
 - c) ciśnienie zaklinowania we włośniczkach płucnych < 15 mmHg;
 rozpoznanie choroby musi być postawione w sposób jednoznaczny przez kardiologa lub pulmonologa, w oparciu o obowiązujące standardy medyczne i wyniki badań dodatkowych, w tym cewnikowanie serca;
- 10) łagodny guz rdzenia – niezłośliwy histologicznie guz śródrdzeniowy lub wewnątrzoponowy rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, wymagający usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powodujący trwałe ubytki neurologiczne; rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa; wykluczone z odpowiedzialności są: nowotwory złośliwe, torbiele, ziarniaki, ropnie, krwaki, malformacje naczyniowe, guzy zewnątrzoponowe, guzy kości, gruźlica i urazy kręgosłupa, zmiany zwyrodnieniowe i dyskopatie;
- 11) niedokrwistość aplastyczna – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, przebiegająca ze zmniejszeniem liczby komórek szpiku kostnego poniżej 25% oraz występowaniem co najmniej dwóch spośród trzech podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
 - a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³,
 - b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³,
 - c) liczba retikulocytów poniżej 20 000/mm³;
 ubezpieczony, współmałżonek lub partner musi być leczony przez okres 3 kolejnych miesięcy częstymi przetoczeniami preparatów krwipochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego lub otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub u ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera musiał zostać wykonany przeszczep szpiku kostnego lub przeszczep komórek macierzystych krwi pępowinowej; rozpoznanie musi być potwierdzone w sposób jednoznaczny przez lekarza hematologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej;

- 12) niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- 13) nowotwór złośliwy – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (*carcinoma in situ*), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (*hyperkeratosis*), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 14) oparzenia – termicznie i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych obejmujące:
- nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
 - nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
 - nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;
- przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera w zależności od metody zastosowanej przez lekarza i wskazanej w dokumentacji medycznej; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;
- 15) operacja aorty brzusznej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty brzusznej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 16) operacja aorty piersiowej – zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu tętniaka lub rozwarstwienia aorty piersiowej, polegający na otwartym wszczepieniu protezy naczyniowej; ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów wewnątrznaczyniowych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty;
- 17) pomostowanie (by-pass) naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 18) przeszczep narządów – przeszczepienie ubezpieczonemu, współmałżonkowi lub partnerowi jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub
 - szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku białego;
- przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 19) schyłkowa niewydolność wątroby – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby przebiegająca z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- stałej żółtaczki,
 - wodobrzusza,
 - encefalopatii wątrobowej;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niewydolności wątroby będącej skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu;
- 20) 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;
- 21) śpiączka – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia; skutkiem tego stanu musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie co najmniej przez 30 dni od momentu utraty przytomności i nierokującego możliwości poprawy; zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej lub pozostającej w związku z nadużyciem alkoholu lub narkotyków, lub będącej skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 22) udar mózgu – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrz-mózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 2 miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 23) utrata kończyn – amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn z powodu choroby; w przypadku amputacji zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
- w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawów skokowych lub proksymalnie od nich,
 - w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstków lub proksymalnie od nich;
- 24) utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia w następstwie choroby, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii stwierdzającego chorobę fałdów głosowych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek przypadków utraty zdolności mówienia spowodowanych schorzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mówienia, która może być skorygowana z zastosowaniem jakichkolwiek procedur terapeutycznych;
- 25) utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu spowodowana zachorowaniem; rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngo-

- loga; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 26) utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie;
- 27) zakażenie wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone przez pozytywny wynik dwu testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie przypadki zarażenia wirusem HIV w czasie wykonywania obowiązków służbowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zarażenia w drodze kontaktów seksualnych, dożylonego przyjmowania narkotyków lub świadomego zakażenia się; do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędne jest potwierdzenie, że do zarażenia doszło:
- podczas codziennych obowiązków zawodowych pracowników medycznych czy osób prowadzących praktykę dentystyczną w zarejestrowanych zakładach opieki zdrowotnej,
 - w drodze kontaktu ubezpieczonego, współmałżonka lub partnera z zainfekowaną krwią, kontaktu z zakrwawioną, skażoną igłą, podczas zranienia ostrymi przyrządami lub poprzez kontakt błony śluzowej ubezpieczonego z zainfekowaną krwią;
- ponadto muszą być spełnione wszystkie poniższe kryteria:
- zdarzenie prowadzące do zakażenia wirusem HIV miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - ubezpieczony zgłosił zdarzenie, które doprowadziło do zakażenia wirusem HIV, swojemu pracodawcy lub innemu właściwemu organowi w ciągu 24 godzin od jego zajścia,
 - testy krwi dokumentujące brak HIV czy przeciwciał HIV zostały przeprowadzone w ciągu 5 dni od momentu wypadku,
 - serokonwersja potwierdzająca zarażenie HIV lub AIDS została stwierdzona wynikiem testu HIV, przeprowadzonego w ciągu 180 dni od dnia wypadku,
 - po przebytej ekspozycji ubezpieczonego, współmałżonek lub partner zgodził się poddać terapii antywirusowej zgodnej z obowiązującymi standardami medycznymi,
 - w przypadku gdy przed datą zdarzenia były dostępne szczepienia przeciw wirusowi HIV, a ich użycie rekomendowano w zawodzie ubezpieczonego, zostały one u niego wykonane;
- świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy leczenie zakażenia wirusem HIV stanie się dostępne; leczenie oznacza każde leczenie, które spowoduje, że wirus HIV stanie się nieaktywny lub niezakaźny, lub przywróci funkcję układu odpornościowego; ubezpieczony, współmałżonek lub partner jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się badaniu krwi na nasz wniosek;
- 28) zakażenie wirusem HIV w wyniku przetoczenia krwi – zakażenie wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) potwierdzone pozytywnym wynikiem dwóch testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR; do zakażenia wirusem HIV musi dojść w następstwie przetoczenia krwi, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:
- przetoczenie krwi było niezbędne z punktu widzenia medycznego,
 - przetoczenie krwi miało miejsce po najpóźniejszej z poniższych dat: zawarcia, rozszerzenia zakresu lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu OWUD,
 - przetoczona krew pochodziła z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
 - ubezpieczony, współmałżonek lub partner nie choruje na ciężką postać talasemii (*thalassaemia maior*) lub hemofilii; z zakresu ubezpieczenia wyłączone są wszystkie inne niż przetoczenie krwi drogi zakażenia wirusem HIV, w tym w szczególności jeśli do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylonego przyjmowania narkotyków; ubezpieczony, współmałżonek lub partner jest zobowiązany do umożliwienia nam dostępu do wszelkich wyników badań oraz do poddania się na jego wniosek dodatkowym badaniom krwi;
- 29) zapalenie mózgu – oznacza ciężkie zapalenie tkanki mózgowej, które powoduje poważne następstwa neurologiczne oraz całkowitą

i trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej jednej lub więcej czynności dnia codziennego:

- kąpiel/pryszcic,
 - ubieranie/rozbieranie,
 - jedzenie/picie,
 - korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- wykluczone jest zapalenie mózgu w wyniku infekcji HIV;
- 30) zawał serca – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
- ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 31) ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń – układowa choroba autoimmunologiczna charakteryzująca się martwiczym zapaleniem małych i średnich naczyń krwionośnych, górnych dróg oddechowych, płuc i nerek, powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę z zakresu pulmonologii albo nefrologii w oparciu o kryteria American College of Rheumatology przy występowaniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek, schyłkowej niewydolności oddechowej, utraty wzroku lub utraty słuchu.

KATALOG B

Poważne zachorowania wymienione w katalogu A oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 32) choroba Leśniowskiego-Crohna – ostateczne rozpoznanie choroby Leśniowskiego-Crohna z tworzeniem przetok oraz zwężeń jelitowych potwierdzone przez lekarza gastroenterologa; konieczne jest również potwierdzenie postępującego procesu zapalnego pomimo leczenia oraz przebycie co najmniej dwóch zabiegów chirurgicznych w przebiegu kolejnych zaostrzeń;
- 33) kardiomiopatia – oznacza upośledzenie funkcji lewej komory o różnej etiologii, skutkujące znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4. według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); rozpoznanie powinno być postawione przez kardiologa; wykluczenie: kardiomiopatia w wyniku nadużywania alkoholu lub narkotyków;
- 34) niedowład (paraliż) – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą; niedowład musi mieć charakter nierokujący poprawy i występować przez okres co najmniej 3 miesiące; rozpoznanie i zakres zmian muszą być potwierdzone przez lekarza neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej;
- 35) piorunujące zapalenie wątroby – masywna martwica komórek wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby; rozpoznanie musi być postawione w oparciu o spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:
- szybkie zmniejszenie rozmiarów wątroby,
 - zmiany martwicze obejmujące całe płaciki, z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - gwałtowne pogorszenie wyników prób wątrobowych,
 - szybko narastająca żółtaczką,
 - wystąpienie encefalopatii wątrobowej;

rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę hepatologa; zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne postacie zapalenia wątroby, w tym w szczególności ostre wirusowe zapalenie wątroby czy nosicielstwo wirusa;

- 36) poważny uraz głowy – martwica tkanki mózgowej z powodu urazu, skutkująca trwałym deficytem neurologicznym i niezdolnością do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich:
- a) kąpiel/prysznic,
 - b) ubieranie/rozbieranie,
 - c) jedzenie/picie,
 - d) korzystanie z toalety w celu utrzymania higieny osobistej,
 - e) kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, wózka inwalidzkiego lub poruszanie się z punktu A do punktu B: samodzielnie, na wózku inwalidzkim lub o kulach;
- 37) schyłkowa niewydolność oddechowa – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddychania; choroba musi przebiegać z jednoczesnym występowaniem wszystkich poniższych objawów:
- a) natężona pierwszosekundowa objętość wydechowa (FEV1) poniżej 1 litra w 3 badaniach wykonanych w odstępie 3 miesięcy,
 - b) pacjent wymaga przewlekłej tlenoterapii z powodu hipoksemii,
 - c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętnicznej poniżej 55 mmHg ($pO_2 < 55$ mmHg),
 - d) duszność spoczynkowa;
- rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę pulmonologa;
- 38) toczeń rumieniowaty układowy – ostateczne rozpoznanie choroby potwierdzone przez reumatologa, skutkujące wystąpieniem wszystkich poniższych powikłań:
- a) trwałe deficyt neurologiczny potwierdzony występowaniem paraliżu, zaburzeń mowy lub trudności z połykaniem,
 - b) trwałe zaburzenie czynności funkcjonowania nerek potwierdzone przez wskaźnik filtracji kłębuszkowej poniżej 30 ml/min/1,73 m² i
 - c) badanie moczu pokazujące białkomocz lub krwimocz;
- do celów tej definicji zostają wyłączone: drgawki, bóle głowy, zmęczenie lub inne objawy; nie będą one traktowane jako stały deficyt neurologiczny;
- 39) twardzina – rozpoznanie musi być jednoznacznie ustalone przez biopsję i potwierdzenie serologiczne, a stan zaawansowania musi osiągnąć poziom układowy z zajęciem serca, płuc lub nerek; wyłączone są:
- a) miejscowa twardzina (twardzina liniowa lub plackowata),
 - b) eozynofilowe zapalenie powięzi i zespół CREST;
- 40) wymiana lub plastyka zastawki serca – przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca; konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych; operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wyłączone z zakresu ubezpieczenia.

KATALOG C

Poważne zachorowania wymienione w katalogach A i B oraz poniższe choroby lub zabiegi:

- 41) bakteryjne zapalenie wsierdza – choroba rozwijająca się wskutek pozaszpitalnego zakażenia o podłożu bakteryjnym u osób z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, prowadząca do infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW); rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub lekarza specjalistę kardiologa na podstawie objawów klinicznych, wyników badań bakteriologicznych i obrazowych; przypadki choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 42) borelioza – choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze, spowodowana infekcją bakteryjną krętkami *Borrelia burgdorferi*, przebiegająca ze zmianami skórnymi, objawiającymi się rumieniem, oraz objawami narządowymi, takimi jak: zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego, lub objawami neurologicznymi; pierwsze rozpoznanie choroby powinno być postawione przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych, potwierdzone dodatnim wynikiem swojego badania

immunologicznego i podane w dokumentacji medycznej wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

- 43) choroba Huntingtona – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa choroby Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), postępującej choroby genetycznej ośrodkowego układu nerwowego, objawiającej się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem;
- 44) gruźlica – zakażenie prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) – będące w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu – rozpoznane przez lekarza specjalistę na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych oraz wymagające hospitalizacji w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego; pozytywny wynik skórnej próby tuberkulinowej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe; nie stanowi też poważnego zachorowania bezobjawowa, nieaktywna gruźlica płuc, ujawniona jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej;
- 45) masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie – nagłe zamknięcie światła tętnicy płucnej rozpoznane przez lekarza specjalistę w oparciu o objawy kliniczne, w tym niedociśnienie, wyniki badań obrazowych i biochemicznych, wymagające wykonania zabiegu embolektomii przy otwartej klatce piersiowej, czyli nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej w trakcie zabiegu operacyjnego wykonywanego w trybie pilnym; zatory płucne leczone przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych bądź środków farmakologicznych nie stanowią poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 46) odkleszczowe zapalenie mózgu – jednoznaczne rozpoznanie przez specjalistę neurologa, w trakcie hospitalizacji, wirusowej choroby ośrodkowego układu nerwowego przenoszonej przez kleszcze, potwierdzonej badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie – A 84 – według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 musi być podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego;
- 47) operacja bąblowca mózgu – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 48) operacja ropnia mózgu – operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu zmiany w mózgu rozpoznanej na podstawie badań obrazowych i badania histopatologicznego jako ropień;
- 49) sepsa (posocznica) – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną, powodujący niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mmHg i prowadzący do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby; przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy stanowią poważne zachorowanie w rozumieniu niniejszej definicji; rozpoznanie musi znaleźć odpowiednie odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, dożylnym podawaniu antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze; obecność drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej nie stanowi poważnego zachorowania w rozumieniu niniejszej definicji;
- 50) tężec – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylnych antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej, stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia jednego z następujących objawów:
- a) bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny),
 - b) bolesnych skurczów mięśni tułowia,
 - c) uogólnionych skurczów,
- oraz objawów klinicznych takich jak: nadpobudliwość, drażliwość, niepokój, gorączka, potliwość, tachykardia, arytmia, labilne ciśnienie tętnicze;

rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;

- 51) wścieklizna – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem wścieklizny (*Rabies virus*), przebiegająca klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznana przez lekarza specjalistę na podstawie objawów klinicznych i wykrycie wirusa wścieklizny w próbkach materiału pobranego ze śliny lub skóry bądź wykrycie przeciwciał przeciwko wirusowi wścieklizny w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym, wymagająca zastosowania leczenia w warunkach szpitalnych;

- 52) zakażona martwica trzustki – zabieg operacyjny wykonany pierwszorazowo z powodu jednoznacznie rozpoznanej w badaniu histopatologicznym zakażonej martwicy trzustki w przebiegu jej ostrego zapalenia, polegający na usunięciu martwiczych fragmentów narządu i tkanek okołotrzustkowych;
- 53) zgorzel gazowa – jednoznaczne rozpoznanie w warunkach szpitalnych, w oparciu o badania bakteriologiczne, ciężkiej przyrannej infekcji spowodowanej bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka

Poważne zachorowanie oznacza jedną z niżej wymienionych chorób lub jeden z niżej wymienionych zabiegów:

- 1) **operacyjnie leczony bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona poprzez otwarcie klatki piersiowej lub jamy brzusznej, polegająca na usunięciu torbieli bąblowcowej spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*; rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem mikroskopowym;
- 2) **cholera** – ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*); jednoznaczne rozpoznanie przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych musi być stwierdzone na podstawie objawów klinicznych – wymiotów i biegunki oraz izolacji *Vibrio cholerae* z materiału klinicznego, wykazaniu obecności antygenu O1 lub O139 w izolacie i wykazaniu obecności enterotoksyny cholery lub genu enterotoksyny cholery w izolacie;
- 3) **dur brzuszny** – ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego; jednoznaczne rozpoznanie przez lekarza chorób zakaźnych musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - a) bóle głowy,
 - b) bradykardia,
 - c) kaszel,
 - d) biegunka, zaparcie, ból brzucha;
 z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*;
- 4) **gorączka denga** – ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką u osoby, u której stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych:
 - a) bóle głowy,
 - b) ból pozagałkowy,
 - c) bóle mięśni,
 - d) bóle stawów,
 - e) wysypka,
 - f) objawy krwotoczne,
 - g) leukopenia;
- 5) jednoznaczne rozpoznanie kliniczne lekarza specjalisty chorób zakaźnych musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - izolacja wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów,
 - wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR,
 - wykryciem antygenów wirusa,
 - co najmniej 4-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami;
- 5) **malaria** – ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez pierwotniaka z gatunku *Plasmodium*, objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz bólami głowy, mięśni, nudnościami, wymiotami, biegunką, dusznością, zaburzeniami neurologicznymi; jednoznaczne rozpoznanie stwierdzone na podstawie objawów klinicznych przez specjalistę chorób zakaźnych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na:
 - a) obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi,
 - b) obecność kwasów nukleinowych *Plasmodium spp.* we krwi,
 - c) obecność antygenu *Plasmodium spp.*;
- 6) **schistosomatoza (bilharczoza)** – choroba pasożytnicza, wywołana przez przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*; rozpoznanie kliniczne – potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego w oparciu o objawy: gorączkę, kaszel, ból brzucha, biegunkę, powiększenie wątroby i śledziony – musi być potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego;
- 7) **żółta gorączka** – ostra choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny *Flaviviridae*; rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem, i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką; rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - c) wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki,
 - d) wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
 Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej ubezpieczonego
 w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka
 lub partnera

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej współmałżonka
 lub partnera w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji medycznej dziecka
 w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj operacji		
1. Układ nerwowy		Klasa operacji
0101	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	I
0102	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej	I
0103	Drenaż okolicy zmiany mózgowej	II
0104	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	I
0105	Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	I
0106	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	I
0107	Kraniotomia z usunięciem ropnia podtwardówkowego	I
0108	Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	I
0109	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	I
0110	Lobotomia	I
0111	Trepanacja czaszki	I
0112	Wszczepienie stymulatora mózgu	II
0113	Wentrykulostomia	II
0114	Endoskopowa wentrikulocysternostomia	II
0115	Talamotomia	II
0116	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	II
0117	Przeszczep nerwu czaszkowego	I
0118	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	I
0119	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	II
0120	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	II
0121	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	I
0122	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	I
0123	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego	I
0124	Usunięcie zmiany opony mózgu	I
0125	Dekortykacja opon	II
0126	Rekonstrukcja opony twardej	II
0127	Proste szycie opony twardej	II
0128	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	II
0129	Drenaż przestrzeni podoponowej	II
0130	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	I
0131	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	II
0132	Wycięcie nerwu obwodowego	IV
0133	Zniszczenie nerwu obwodowego	IV

0134	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego	IV
0135	Wycięcie nerwiaka obwodowego (Mortona)	IV
0136	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	IV
0137	Sympatektomia szyjna	II
0138	Sympatektomia piersiowa	II
0139	Sympatektomia lędźwiowa	II
2. Układ endokrynologiczny oraz gruczoł sutkowy		Klasa operacji
0201	Wycięcie przysadki mózgowej	I
0202	Rozdzielenie szypuły przysadki	II
0203	Zniszczenie przysadki mózgowej	II
0204	Eksplozacja w zakresie szyszynki	II
0205	Nacięcie szyszynki	II
0206	Wycięcie szyszynki	II
0207	Całkowite wycięcie tarczycy	II
0208	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	III
0209	Wycięcie zmiany tarczycy	III
0210	Wycięcie cieśni tarczycy	III
0211	Wycięcie tarczycy językowej	III
0212	Wycięcie przytarczyc	II
0213	Wycięcie grasicy	II
0214	Całkowite wycięcie nadnercza	II
0215	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	III
0216	Wycięcie zmiany w nadnerczu	III
0217	Częściowe wycięcie sutka	IV
0218	Kwadrantektomia	III
0219	Całkowite wycięcie sutka	II
0220	Całkowita rekonstrukcja sutka	II
0221	Nacięcie sutka	IV
0222	Miejscowe wycięcie zmiany sutka	IV
0223	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego	IV
3. Oko		Klasa operacji
0301	Wycięcie gałki ocznej	II
0302	Usunięcie zmiany oczodołu	III
0303	Proteżowanie gałki ocznej	II
0304	Rewizja protezy gałki ocznej	III

0305	Operacyjna plastyka oczodołu	II
0306	Nacięcie oczodołu	III
0307	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	III
0308	Usunięcie zmiany powieki	III
0309	Wycięcie nadmiaru powieki	III
0310	Rekonstrukcja powieki	III
0311	Korekcja deformacji powieki	III
0312	Korekcja opadania powieki	III
0313	Nacięcie powieki	IV
0314	Ochronne zeszczenie szpary powiekowej	III
0315	Nacięcie torbieli łzowej z drenażem	III
0316	Usunięcie zmiany w zakresie gruczołu łzowego	III
0317	Częściowe wycięcie gruczołu łzowego	III
0318	Całkowite wycięcie gruczołu łzowego	III
0319	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	II
0320	Nacięcie kanalikę łzowego	III
0321	Nacięcie otworu łzowego	III
0322	Nacięcie woreczka łzowego	III
0323	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	II
0324	Repozycja mięśnia okoruchowego	II
0325	Usunięcie mięśnia okoruchowego	II
0326	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	II
0327	Usunięcie zmiany spojówki	III
0328	Operacja naprawcza spojówki	III
0329	Nacięcie spojówki	IV
0330	Wycięcie zmiany rogówki	III
0331	Plastyka rogówki	III
0332	Operacja naprawcza rogówki	III
0333	Nacięcie rogówki	IV
0334	Usunięcie zmiany twardówki	III
0335	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	III
0336	Fotokoagulacja w odwarstwieniu siatkówki	III
0337	Nacięcie twardówki	III
0338	Wycięcie tęczówki	III
0339	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	II
0340	Nacięcie tęczówki	III
0341	Usunięcie ciała rzęskowego	III
0342	Zewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	III
0343	Wewnętrznotorebkowe usunięcie soczewki	III
0344	Nacięcie torebki soczewki oka	III
0345	Wprowadzenie sztucznej soczewki	II
0346	Operacja ciała szklonego	III
0347	Zniszczenie zmiany siatkówki	III
4. Ucho		Klasa operacji
0401	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	II
0402	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	IV
0403	Plastyka ucha zewnętrznego	III
0404	Drenaż ucha zewnętrznego	IV
0405	Otwarcie wyrostka sutkowatego	III
0406	Operacja naprawcza błony bębenkowej	III
0407	Drenaż ucha środkowego	III
0408	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	III
0409	Usunięcie zmiany ucha środkowego	III

0410	Operacja trąbki Eustachiusza	II
0411	Operacja ślimaka	II
0412	Operacja aparatu przedsionkowego	II
5. Układ oddechowy		Klasa operacji
0501	Całkowite wycięcie nosa	II
0502	Plastyka nosa	III
0503	Operacja przegrody nosa	IV
0504	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	IV
0505	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego	IV
0506	Operacja nosa zewnętrznego	IV
0507	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	III
0508	Endoskopowa operacja zatok obocznych nosa	IV
0509	Operacja zatoki czołowej	IV
0510	Operacja zatoki klinowej	IV
0511	Operacja zatoki nosa	IV
0512	Wycięcie gardła	II
0513	Szycie rany gardła	IV
0514	Usunięcie zrostów w gardle	III
0515	Rozszerzanie nosogardzieli	III
0516	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	III
0517	Wycięcie krtani	II
0518	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	II
0519	Rekonstrukcja krtani	I
0520	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	III
0521	Częściowe wycięcie tchawicy	II
0522	Plastyka tchawicy	II
0523	Proteżowanie tchawicy metodą otwartą	II
0524	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	IV
0525	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	II
0526	Częściowe usunięcie oskrzela	III
0527	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0528	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia)	IV
0529	Przeszczep płuca	I
0530	Całkowite wycięcie płuca	I
0531	Częściowe wycięcie płuca	II
0532	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	II
0533	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	II
0534	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	III
6. Jama ustna i górna część przewodu pokarmowego		Klasa operacji
0601	Częściowe wycięcie wargi	IV
0602	Usunięcie zmiany wargi	IV
0603	Korekcja deformacji wargi	III
0604	Całkowite wycięcie języka	II
0605	Usunięcie zmiany języka	IV
0606	Nacięcie języka	IV
0607	Usunięcie zmiany podniebienia	IV

0608	Korekcja deformacji podniebienia	III
0609	Wycięcie migdałków podniebiennych	IV
0610	Wycięcie migdałka gardłowego	IV
0611	Wycięcie migdałka językowego	IV
0612	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	IV
0613	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	III
0614	Wycięcie ślinianki podżuchwowej	III
0615	Wycięcie ślinianki przyusznej	III
0616	Usunięcie zmiany ślinianki	III
0617	Nacięcie gruczołu ślinowego	IV
0618	Przeszczepienie przewodu ślinowego	III
0619	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	III
0620	Podwiązanie przewodu ślinowego	III
0621	Poszerzenie przewodu ślinowego	III
0622	Inne operacje przewodu ślinowego	III
0623	Wycięcie przełyku i żołądka	I
0624	Całkowite wycięcie przełyku	I
0625	Częściowe wycięcie przełyku	III
0626	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	II
0627	Zespolenie omijające przełyku	II
0628	Rewizja zespolenia przełyku	III
0629	Operacja naprawcza przełyku	II
0630	Wytworzenie przetoki przełykowej	II
0631	Nacięcie przełyku	IV
0632	Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	II
0633	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	II
0634	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	III
0635	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoscopu	III
0636	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	II
0637	Operacja antyrefluksowa	III
0638	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym	IV
0639	Całkowite wycięcie żołądka	I
0640	Częściowe wycięcie żołądka	II
0641	Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	II
0642	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie żołądka	IV
0643	Wycięcie polipów żołądka	IV
0644	Operacja plastyczna żołądka	II
0645	Poszerzenie odźwiernika przez nacięcie	III
0646	Endoskopowe poszerzenie odźwiernika	III
0647	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	II
0648	Zespolenie żołądkowo-czce	II
0649	Gastrostomia	III
0650	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	III
0651	Endoskopowe opanowanie krwawienia z wrzodu żołądka	III
0652	Pyloromyotomia	II
0653	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową	IV
0654	Wycięcie dwunastnicy	II
0655	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	II
0656	Zespolenie omijające dwunastnicy	II
0657	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	III

0658	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	III
0659	Wycięcie jelita czczego	II
0660	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	II
0661	Jejunostomia	III
0662	Zespolenie omijające jelita czczego	III
0663	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	III
0664	Wycięcie jelita krętego	II
0665	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	II
0666	Zespolenie omijające jelita krętego	III
0667	Rewizja zespolenia jelita krętego	IV
0668	Wytworzenie ileostomii	III
0669	Rewizja ileostomii	IV
0670	Śródbrzusze manipulacje na jelicie krętym	III
0671	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	III
7. Dolny odcinek przewodu pokarmowego		Klasa operacji
0701	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	IV
0702	Drenaż ropnia okołowyrostkowego	IV
0703	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	I
0704	Całkowite wycięcie okrężnicy	II
0705	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	II
0706	Resekcja poprzecznicy	II
0707	Lewostronna hemikolektomia	II
0708	Wycięcie esicy	II
0709	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą	II
0710	Zespolenie omijające okrężnicy	II
0711	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu	III
0712	Wyłonienie jelita ślepego	III
0713	Nacięcie okrężnicy	III
0714	Śródbrzusze manipulacje na okrężnicy	III
0715	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	II
0716	Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	IV
0717	Endoskopowa ablacja guza jelita grubego	IV
0718	Endoskopowe opanowanie krwotoku z jelita grubego	IV
0719	Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego	IV
0720	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoscopu	IV
0721	Wycięcie odbytnicy	I
0722	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	II
0723	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	II
0724	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu	III
0725	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	III
0726	Wycięcie odbytu	II
0727	Wycięcie zmiany odbytu	IV
0728	Operacja naprawcza odbytu	III
0729	Klipsowanie hemoroidów	IV
0730	Podwiązanie hemoroidów	IV
0731	Odprowadzenie hemoroidów	IV
0732	Wstrzyknięcie do hemoroidów	IV
0733	Kauteryzacja hemoroidów	IV
0734	Krioterapia hemoroidów	IV

0735	Drenaż przez okolice krocza	III
0736	Wycięcie zatoki włosowej	IV
0737	Nacięcie ropnia okołodbytniczego	IV
8. Inne narządy jamy brzusznej		Klasa operacji
0801	Przeszczep wątroby	I
0802	Częściowe wycięcie wątroby	II
0803	Usunięcie zmiany wątroby	II
0804	Nacięcie wątroby	III
0805	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	III
0806	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	III
0807	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0808	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	III
0809	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	IV
0810	Nacięcie pęcherzyka żółciowego	IV
0811	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	IV
0812	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	III
0813	Usunięcie zmiany dróg żółciowych	III
0814	Zespolenie przewodu wątrobowego	II
0815	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	II
0816	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	II
0817	Nacięcie przewodu żółciowego	III
0818	Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0819	Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą	III
0820	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	III
0821	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	IV
0822	Endoskopowe operacje przewodu trzustkowego	III
0823	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	IV
0824	Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	IV
0825	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	IV
0826	Alloprzeszczep trzustki	I
0827	Heteroprzeszczep trzustki	I
0828	Autoprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0829	Alloprzeszczep komórek z wysepek Langerhansa	I
0830	Przeszczep komórek wysepek Langerhansa (inny niż wymienione)	I
0831	Całkowite wycięcie trzustki	I
0832	Wycięcie głowy trzustki	II
0833	Usunięcie zmiany trzustki	II
0834	Zespolenie przewodu trzustkowego	I
0835	Otwarty drenaż trzustki	II
0836	Nacięcie trzustki	III
0837	Całkowite wycięcie śledziony	II
9. Serce, naczynia tętnicze oraz żyłne		Klasa operacji
0901	Przeszczep płuc i serca	I
0902	Korekcja całkowita tetralogii Fallota	I
0903	Wewnątrzprzedsionkowe przełożenie splotu żylnego (op. Mustarda)	I
0904	Korekcja całkowitego nieprawidłowego splotu żylnego	I
0905	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej	I

0906	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	I
0907	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	I
0908	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	II
0909	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca	II
0910	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego	I
0911	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju	I
0912	Plastyka przedsionka serca	I
0913	Walwuloplastyka mitralna	I
0914	Walwuloplastyka aortalna	I
0915	Plastyka zastawki trójdzielnej	I
0916	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	I
0917	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	I
0918	Rewizja plastyki zastawki serca	II
0919	Otwarta walwulotomia	I
0920	Zamknięta walwulotomia	II
0921	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	II
0922	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	II
0923	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	I
0924	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu	I
0925	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy	I
0926	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	I
0927	Otwarta koronaroplastyka	I
0928	Przezkórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej	II
0929	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	I
0930	Wszczepienie systemu wspomaganie serca	II
0931	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	II
0932	Inny stały sposób stymulacji serca	II
0933	Wycięcie osierdzia	I
0934	Drenaż osierdzia	II
0935	Nacięcie osierdzia	II
0936	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	I
0937	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	I
0938	Przezkórna operacja dotycząca wad wielkich naczyń	II
0939	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0940	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	I
0941	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	I
0942	Przezkórna operacja tętnicy płucnej	II
0943	Przeznaczeniowe zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	II
0944	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	I
0945	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	I
0946	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	II
0947	Plastyka aorty	I
0948	Przeznaczeniowa operacja aorty	II
0949	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	I
0950	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	II
0951	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	I
0952	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	II
0953	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	I
0954	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	II
0955	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	I
0956	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	II

0957	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	I
0958	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej	II
0959	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	I
0960	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	I
0961	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy biodrowej	III
0962	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej	II
0963	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	I
0964	Rekonstrukcja tętnicy udowej	I
0965	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy udowej	III
0966	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej	II
0967	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	III
0968	Wycięcie innej tętnicy	II
0969	Operacja naprawcza innej tętnicy	II
0970	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic	III
0971	Zespolenie tętniczko-żylne	III
0972	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	I
0973	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	II
0974	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej	IV
0975	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą	III
0976	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego	IV
10. Układ moczowy		Klasa operacji
1001	Przeszczep nerki	I
1002	Całkowite wycięcie nerki	II
1003	Częściowe wycięcie nerki	III
1004	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą	III
1005	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	III
1006	Nacięcie nerki	III
1007	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	IV
1008	Operacja nerki przez nefrostomię	III
1009	Wycięcie moczowodu	II
1010	Wytworzenie przetoki moczowodowej	III
1011	Reimplantacja moczowodu	III
1012	Operacja naprawcza moczowodu	III
1013	Nacięcie moczowodu	III
1014	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	IV
1015	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	IV
1016	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	IV
1017	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	II
1018	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	IV
1019	Powiększenie pęcherza	III
1020	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skrónej	III
1021	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	IV
1022	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	III
1023	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1024	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety	III
1025	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1026	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	IV
1027	Wycięcie prostaty metodą otwartą	II
1028	Wycięcie prostaty metodą endoskopową	III
1029	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	IV
1030	Wycięcie cewki moczowej	III

1031	Operacja naprawcza cewki moczowej	IV
1032	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	IV
1033	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	IV
11. Narządy płciowe męskie		Klasa operacji
1101	Usunięcie moszny	II
1102	Obustronne wycięcie jąder	II
1103	Usunięcie zmiany jądra	IV
1104	Wycięcie torbieli Morgagniego	IV
1105	Wycięcie przyczepka jądra	IV
1106	Jednostronne wycięcie jądra	III
1107	Obustronne sprowadzenie jąder	III
1108	Jednostronne sprowadzenie jądra	IV
1109	Proteżowanie jądra	II
1110	Operacja wodniaka jądra	IV
1111	Operacja najądrza	III
1112	Wycięcie nasieniowodu	III
1113	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	III
1114	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	IV
1115	Operacja pęcherzyków nasiennych	II
1116	Amputacja prącia	I
1117	Usunięcie zmiany prącia	III
1118	Nacięcie prącia	IV
1119	Uwolnienie (wycięcie) zrostów prącia	III
1120	Uwolnienie bolesnego wzrodu prącia	IV
1121	Operacja plastyczna prącia	III
1122	Proteżowanie prącia	II
1123	Operacja napletka	IV
12. Żeński układ rozrodczy		Klasa operacji
1201	Operacja łechtaczki	III
1202	Operacja gruczołu Bartholina	III
1203	Wycięcie sromu	III
1204	Wycięcie zmiany sromu	IV
1205	Operacja naprawcza w obrębie sromu	IV
1206	Nacięcie kanału pochwy	IV
1207	Wycięcie pochwy	III
1208	Nacięcie zrostów pochwy	III
1209	Usunięcie zmiany pochwy	IV
1210	Operacja plastyczna pochwy	III
1211	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	III
1212	Plastyka sklepienia pochwy	III
1213	Operacja w obrębie zatoki Douglasa	III
1214	Wycięcie szyjki macicy	III
1215	Wycięcie zmiany szyjki macicy	IV
1216	Konizacja szyjki macicy	IV
1217	Zniszczenie zmiany w zakresie macicy	IV
1218	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną	II
1219	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	III
1220	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy	IV
1221	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	II
1222	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	III
1223	Częściowe lub całkowite wycięcie jajowodu	IV
1224	Wszczepienie protezy jajowodu	III

1225	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów	IV
1226	Nacięcie jajowodu	IV
1227	Endoskopowe leczenie jajowodu	IV
1228	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	IV
1229	Częściowe wycięcie jajnika	IV
1230	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika	IV
1231	Operacja naprawcza jajnika	IV
1232	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	IV
1233	Nacięcie jajnika	IV
1234	Otwarcie torbieli jajnika	IV
1235	Operacja więzadła szerokiego macicy	III
1236	Operacja innego więzadła macicy	III
1237	Jednostronne usunięcie jajnika	IV
1238	Obustronne usunięcie jajnika	III
13. Skóra		Klasa operacji
1301	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1302	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1303	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	III
1304	Przeszczep płata skóry owłosionej	III
1305	Przeszczep płata skórno-powięziowego z unerwieniem	III
1306	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	III
1307	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	III
1308	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	III
1309	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	III
1310	Przeszczep płata śluzówki	III
1311	Siatkowy autoprzeszczep skóry	III
1312	Przeszczep śluzówki	III
1313	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	IV
1314	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	IV
1315	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej	IV
14. Tkanki miękkie		Klasa operacji
1401	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	II
1402	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	II
1403	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	II
1404	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu	III
1405	Otwarcie klatki piersiowej	II
1406	Operacja naprawcza pękniętej przepony	I
1407	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej	IV
1408	Jednostronna lub obustronna operacja prostej przepukliny pachwinowej	IV
1409	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej	IV
1410	Operacja prostej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1411	Operacja skośnej przepukliny pachwinowej (wszczep)	IV
1412	Operacja przepukliny pachwinowej – inne	IV
1413	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	III
1414	Jednostronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1415	Obustronna operacja przepukliny udowej (wszczep)	IV
1416	Jednostronna operacja przepukliny udowej	IV
1417	Obustronna operacja przepukliny udowej – inna	IV
1418	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	III
1419	Plastyka przepukliny pępkowej	IV
1420	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	IV
1421	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	III

1422	Operacja przepukliny ściany jamy brzusznej z otwarciem worka	III
1423	Operacja naprawcza przepukliny kulszowej	III
1424	Operacja naprawcza przepukliny kulszowo-odbytniczej	III
1425	Operacja naprawcza przepukliny lędźwiowej	III
1426	Operacja naprawcza przepukliny zasłonowej	III
1427	Operacja naprawcza przepukliny sieciowej	III
1428	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	III
1429	Operacja dotycząca pępka	IV
1430	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej)	III
1431	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	III
1432	Otwarcie jamy otrzewnej	III
1433	Operacja dotycząca sieci	III
1434	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	III
1435	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	III
1436	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej metodą otwartą	III
1437	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	IV
1438	Usunięcie zrostów otrzewnowych	IV
1439	Przeszczep powięzi	III
1440	Wycięcie powięzi brzucha	III
1441	Usunięcie zmiany powięzi	III
1442	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	IV
1443	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	III
1444	Operacja kaletki maziowej	IV
1445	Przełożenie ścięgna	IV
1446	Wycięcie ścięgna	IV
1447	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	IV
1448	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	III
1449	Uwolnienie ścięgna	IV
1450	Zmiana długości ścięgna	IV
1451	Wycięcie pochewki ścięgna	IV
1452	Przeszczep mięśnia	III
1453	Wycięcie mięśnia	IV
1454	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	IV
1455	Uwolnienie przykurczu mięśnia	IV
1456	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych	III
1457	Wycięcie lub biopsja otwarta węzła chłonnego	IV
1458	Drenaż węzła chłonnego	III
1459	Operacja przewodu limfatycznego	III
1460	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	IV
15. Kości oraz stawy		Klasa operacji
1501	Otwarcie szwów czaszkowych	I
1502	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	I
1503	Wytworzenie płata kostnego czaszki	II
1504	Przeszczep kostny do kości czaszki	II
1505	Założenie płytki (sztucznej) do czaszki	II
1506	Inna plastyka kości czaszki	II
1507	Otwarcie czaszki	I
1508	Całkowite wycięcie żuchwy	II
1509	Całkowite wycięcie żuchwy z jednoczasową rekonstrukcją	II
1510	Częściowe wycięcie żuchwy	III

1511	Częściowe wycięcie kości twarzy – inne	III
1512	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	III
1513	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	III
1514	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	III
1515	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	III
1516	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	I
1517	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	II
1518	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	I
1519	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa piersiowego	II
1520	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	II
1521	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	III
1522	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	II
1523	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	I
1524	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	II
1525	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	I
1526	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	II
1527	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	II
1528	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	III
1529	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	II
1530	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	I
1531	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	II
1532	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	II
1533	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	II
1534	Usunięcie zmiany kręgosłupa	II
1535	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1536	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	II
1537	Całkowita rekonstrukcja kciuka	III
1538	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	III
1539	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	III
1540	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	II
1541	Wycięcie kości ektopowej	III
1542	Usunięcie zmiany kości	II
1543	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	III
1544	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	III
1545	Rozdzielenie trzonu kości	II
1546	Rozdzielenie kości stopy	III
1547	Drenaż kości	III
1548	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	II
1549	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/łokciowa	II
1550	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródreżca	II
1551	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	IV
1552	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości miednicy	II

1553	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	II
1554	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	II
1555	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia (noga)	III
1556	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	IV
1557	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – inne niewyszczególnione kości	IV
1558	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość ramienna	III
1559	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość promieniowa/łokciowa	III
1560	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródreżca	III
1561	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki ręki	IV
1562	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości miednicy	II
1563	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość udowa	II
1564	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	III
1565	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną kości stępu/kości śródstopia (noga)	III
1566	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – paliczki (stopy)	IV
1567	Otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją przezskórną zewnętrzną – inne niewyszczególnione kości	IV
1568	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	II
1569	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	II
1570	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	IV
1571	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	IV
1572	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	III
1573	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu	II
1574	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu	II
1575	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu	II
1576	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu	II
1577	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	II
1578	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	II
1579	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu	II
1580	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu	II
1581	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu	II
1582	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu	II
1583	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu	II
1584	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu	II
1585	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	III
1586	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym	III
1587	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym	III
1588	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	III

1589	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	II
1590	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	II
1591	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	II
1592	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	III
1593	Protezowanie ścięgna	III
1594	Wzmocnienie ścięgna protezą	III
1595	Rekonstrukcja więzadła stawu kolanowego	III
1596	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	II
1597	Uwolnienie przykurczu stawu	III
1598	Operacja struktur okołostawowych palucha	III
1599	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej	III
1600	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych	III
1601	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych	III

1602	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego	III
1603	Terapeutyczna endoskopia innego stawu	III
16. Różne		Klasa operacji
1701	Reimplantacja kończyny górnej	II
1702	Reimplantacja kończyny dolnej	II
1703	Reimplantacja innego narządu	II
1704	Wszczepienie protezy kończyny	I
1705	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	II
1706	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka	III
1707	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	II
1708	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia stopy	III
1709	Amputacja palucha	III
1710	Przeszczep szpiku kostnego	II

Niniejsza tabela operacji medycznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r.

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

Pojęcia użyte w niniejszej tabeli oznaczają:

rana – uszkodzenie pełnej grubości skóry zaopatrzone chirurgicznie poprzez założenie szwów lub klamer (z wyjątkiem uszkodzeń języka oraz oparzeń); maksymalne sumaryczne świadczenie z tytułu odniesionych ran w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6%;
1% TBSA – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni wraz z palcami; oparzenia oceniane są wg Tablicy Lunda i Browdera.

A. USZKODZENIA GŁOWY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
1.	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a)	rany skóry owłosionej głowy	1
b)	utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (powyżej 75% powierzchni)	25
2.	Złamania kości czaszki:	
a)	sklepienia (za każdą kość)	2
b)	podstawy	5
3.	Ubytek pełnej grubości kości niezależnie od powierzchni:	10
4.	Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:	
a)	z hospitalizacją od 1 do 2 dni	1
b)	z hospitalizacją od 3 do 5 dni	2
c)	z hospitalizacją od 6 do 10 dni	5
d)	z hospitalizacją powyżej 10 dni	10
5.	Uszkodzenie nerwów ruchowych:	
a)	blozkowy dodatkowy, podjęzykowy	2
b)	okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	3
B. USZKODZENIA TWARZY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
6.	Uszkodzenia powłok twarzy:	
a)	rany skóry twarzy	2
b)	oparzenia powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
7.	Uszkodzenia nosa:	
a)	złamanie kości nosa i przegrody nosa wieloodłamowe, z przemieszczeniem	5
b)	złamanie kości przegrody nosa i przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania kości przegrody nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d)	utrata części nosa operowana rekonstrukcyjnie	7
e)	utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8.	Ukruszenie zęba (odbycie wizyty lekarskiej; świadczenie za maksymalnie 5 zębów)	0,5
9.	Utrata zębów stałych (co najmniej korona) – za każdy ząb:	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za utratę zębów stałych nie może przekroczyć 20%.		

10.	Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
11.	Utrata szczęki lub żuchwy:	
a)	częściowa	15
b)	całkowita	40
12.	Złamania żuchwy:	
a)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	1
13.	Ubytek podniebienia	15
14.	Urazy języka:	
a)	rany języka zaopatrzone chirurgicznie szwami	1
b)	częściowa utrata języka	3
c)	całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU (nie podlegają sumowaniu)		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
15.	Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcyjnej:	
a)	jednego oka	15
b)	obu oczu	30
16.	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obu oczu (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	15
d)	z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e)	z całkowitą utratą widzenia obu oczu	100
f)	utrata gałki ocznej	40
17.	Ubytki pola widzenia:	
a)	dwuskroniowe	60
b)	dwunosowe	30
c)	jednoimienne	30
d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
18.	Bezsoczewkowość pourazowa:	
a)	w jednym oku	15
b)	w obu oczach	30
19.	Uszkodzenie przewodów łzowych wymagające korekcyjnej operacyjnej:	
a)	w jednym oku	5
b)	w obu oczach	15

20.	Odwartwienie siatkówki jednego oka – pourazowe, po urazie oka lub głowy:	
a)	bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b)	z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka (przy obniżeniu ostrości wzroku do 0,8 i niższej)	5
c)	z całkowitą utratą wzroku	35
21.	Jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3
22.	Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
<p>Uwaga: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku. W przypadku uszkodzenia narządu wzroku kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.</p>		
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
23.	Urazy małżowiny usznej:	
a)	rany, oparzenia i odmrożenia	1
b)	utrata części małżowiny	2
c)	utrata części małżowiny operowana rekonstrukcyjnie	7
d)	całkowita utrata jednej małżowiny	15
e)	całkowita utrata obu małżowin	30
24.	Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a)	bez utraty słuchu, jednostronne	2
b)	z częściową jednostronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	5
c)	z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d)	z częściową obustronną utratą słuchu (powyżej 25 dB)	10
e)	z całkowitą obustronną utratą słuchu	50
<p>Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów.</p>		
25.	Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a)	jednostronne	5
b)	dwustronne	20
<p>W przypadku uszkodzenia narządu słuchu kolejne należne świadczenie wypłacane z tytułu tego samego nieszczęśliwego wypadku pomniejszane jest o kwotę już wypłaconego świadczenia.</p>		
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
26.	Uszkodzenie gardła, krtani, tchawicy leczone operacyjnie	7
27.	Uszkodzenie przełyku:	
a)	leczone operacyjnie	7
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	30
28.	Uszkodzenie skóry szyi:	
a)	rany skóry	1
b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
29.	Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu:	
a)	rany skóry	1

b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
30.	Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a)	rany brodawki	1
b)	częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c)	krwiaki sutka wymagające nacięcia	2
d)	częściowa lub całkowita utrata sutka	15
31.	Złamania żeber:	
a)	złamanie 1 żebra	0,5
b)	złamania od 2 do 4 żeber	2
c)	złamania od 5 do 10 żeber	7
d)	złamania powyżej 10 żeber	10
32.	Złamanie mostka:	
a)	bez przemieszczenia	2
b)	z przemieszczeniem	4
c)	złamania wieloodłamowe, z przemieszczeniem	6
33.	Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej niewymagające drenażu	2
b)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej wymagające drenażu	5
c)	krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczona operacyjnie	10
d)	utrata części płuca	15
e)	utrata całego płuca	30
34.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	uszkodzenia serca wymagające nakłucia osierdzia	10
b)	uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
35.	Uszkodzenia przepony leczone operacyjnie	10
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
36.	Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a)	rany skóry	1
b)	rany po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
c)	rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnowej	5
37.	Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a)	leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
b)	utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
38.	Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorty brzusznej, tętnic biodrowych wspólnych, zewnętrznych i wewnętrznych, żyły głównej dolnej i żył biodrowych wspólnych) leczone operacyjnie	10
39.	Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a)	uszkodzenia zaopatrzone chirurgicznie	3
b)	uszkodzenia leczone operacyjnie	5
c)	uszkodzenia wymagające odbytu sztucznego	15
40.	Uszkodzenia śledziony:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata śledziony	20
41.	Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10

d)	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
42.	Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa nerki	15
d)	utrata całkowita nerki	30
e)	utrata obu nerek	100
43.	Uszkodzenie moczowodu:	
a)	leczone endoskopowo	5
b)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44.	Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone operacyjnie	10
c)	utrata całkowita pęcherza	50
45.	Uszkodzenia cewki moczowej:	
a)	leczone zachowawczo	2
b)	leczone endoskopowo	5
c)	leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
46.	Uszkodzenia prącia:	
a)	rany, uszkodzenia leczone rekonstrukcyjnie, odtwórczo	2
b)	częściowa utrata prącia	10
c)	całkowita utrata prącia	40
47.	Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a)	leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c)	utrata częściowa	10
d)	utrata całkowita	20
e)	utrata całkowita obu jąder lub jajników	40
48.	Utrata macicy	30
49.	Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a)	izolowane rany w zakresie skóry	2
b)	uszkodzenia skóry oraz mięśni lub powięzi, zaopatrzone chirurgicznie	7
c)	uszkodzenia leczone operacyjnie i/lub rekonstrukcyjnie	15
I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
50.	Uszkodzenie kręgosłupa szyjnego:	
a)	skręcenie	2
b)	zwichnięcie	4
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.		
51.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10):	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	2

c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	4
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym nie może przekroczyć 30%.		
52.	Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5):	
a)	skręcenie	2
b)	zwichnięcie	4
c)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)	5
d)	złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)	7
e)	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)	1
Maksymalne sumaryczne świadczenie za uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym nie może przekroczyć 40%.		
J. USZKODZENIA MIEDNICY		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
53.	Rozejście się spojenia łonowego	5
54.	Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10
55.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe:	
a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)	2
b)	w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronnie	5
c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia	10
d)	w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20
56.	Złamanie panewki stawu biodrowego:	
a)	tylnej kolumny, tylnej krawędzi	15
b)	przedniej kolumny, przedniej krawędzi	7
c)	zwichnięcie centralne I°	7
d)	zwichnięcie centralne II°	15
e)	zwichnięcie centralne III°	30
f)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
57.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a)	jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej	2
b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej z przemieszczeniem	4
c)	wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia	5
d)	wielomiejscowe złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem	10
e)	izolowane złamania talerza kości biodrowej, kołców biodrowych, guza kulszowego	3
f)	złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2
g)	złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	5
K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
ŁOPATKA		
58.	Złamania łopatki:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6

b)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	1
OBOJCZYK		
59.	Złamania obojczyka:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
b)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
60.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:	
a)	zwichnięcie I°	1
b)	zwichnięcie II°	3
c)	zwichnięcie III°	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
61.	Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej; skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie wymagające repozycji przez lekarza	3
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	2
f)	złamania leczone protezoplastyką	15
62.	Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	65
63.	Utrata kończyny wraz z łopatką	70
RAMIĘ		
64.	Złamanie trzonu kości ramiennej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	12
b)	złamania otwarte	10
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
d)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
65.	Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:	
a)	rany skórne	1
b)	uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie	4
c)	uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie	3
66.	Utrata kończyny w obrębie ramienia	60
STAW ŁOKCIOWY		
67.	Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	5
c)	inne złamania	2
68.	Inne uszkodzenia łokcia:	
a)	skręcenie	1
b)	zwichnięcie	3
PRZEDRAMIĘ		
69.	Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	7
b)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2

70.	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, lub złamania Monteggia, Galeazziego	9
b)	złamania otwarte	7
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	5
d)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	2
71.	Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a)	rany skórne	1
b)	uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	2
c)	uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
72.	Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
73.	Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK		
74.	Uszkodzenia nadgarstka:	
a)	złamania mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	7
b)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	zwichnięcia	5
e)	skręcenia	1
75.	Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZA		
76.	Złamania kości śródreżca:	
a)	I kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
iii)	inne złamania	2
b)	II kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
c)	III, IV, V kość śródreżca:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
KCIUK		
77.	Utrata w zakresie kciuka:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	6
c)	utrata obu paliczków bez kości śródreżca	10
d)	utrata obu paliczków z kością śródreżca	15
78.	Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania jednoniejskowe z przemieszczeniem	4
c)	inne złamania	2
d)	rany	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
g)	zwichnięcia w stawie śródreżczo-paliczkowym	2

PALEC WSKAZUJĄCY		
79.	Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a)	utrata częściowa lub całkowita opuszki	1
b)	utrata paliczka paznokciowego	2
c)	utrata paliczka środkowego	8
d)	utrata trzech paliczków	10
e)	utrata wskaziciela z kością śródreczą	11
80.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
d)	rany	1
e)	uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
f)	zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY		
81.	Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b)	palec III – utrata dwóch paliczków	5
c)	palec III – utrata trzech paliczków	8
d)	utrata palca III z kością śródreczą	9
e)	palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f)	palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g)	palec IV – utrata trzech paliczków	3
h)	utrata palca IV z kością śródreczą	4
i)	palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j)	palec V – utrata dwóch paliczków	2
k)	palec V – utrata trzech paliczków	3
l)	utrata palca V z kością śródreczą	4
82.	Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich:	
a)	palec III:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii)	inne złamania	1
iv)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
b)	palec IV:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii)	inne złamania	1
iv)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
c)	palec V:	
i)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii)	inne złamania	1
iii)	rany, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródrečno-paliczkowym	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.		
Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.		

Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę ręki.		
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
STAW BIODROWY		
83.	Utrata kończyny dolnej:	
a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b)	amputacja na poziomie uda	60
84.	Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c)	inne złamania	8
d)	uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO		
85.	Złamanie kości udowej:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e)	inne złamania	3
86.	Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a)	rany skórne uda lub pośladka	1
b)	uszkodzenia mięśni zaopatrzone chirurgicznie	3
c)	uszkodzenia naczyń leczone operacyjnie	8
KOLANO		
87.	Złamania kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a)	skręcenie stawu kolanowego (konieczne unieruchomienie stawu na minimum 7 dni)	2
b)	skręcenie stawu kolanowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez minimum 2 tygodnie)	1
c)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
d)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
e)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
f)	inne złamania	3
88.	Złamania rzepki:	
a)	złamania skutkujące usunięciem rzepki	10
b)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d)	inne złamania	3
89.	Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego (sumarycznie maksymalnie do 25%):	
a)	uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
b)	uszkodzenie łąkotki bocznej	3
c)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
d)	uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	4
e)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego bocznego – LCL	4
f)	uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
g)	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	4

90.	Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE		
91.	Złamanie kości podudzia:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	15
b)	złamania otwarte	12
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e)	inne złamania	3
92.	Izolowane złamanie kości strzałkowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b)	złamania jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c)	inne złamania	1
93.	Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a)	rany skórne	1
b)	naderwanie mięśnia trójgłowego łydki	2
c)	całkowite uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki	10
d)	uszkodzenie ścięgna Achillesa niewymagające leczenia operacyjnego	2
e)	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
f)	uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
g)	uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
94.	Utrata kończyny w obrębie podudzia:	
a)	przy długości kikuta do 8 cm, mierząc od szpary stawowej	50
b)	przy dłuższych kikutach	45
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA		
95.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a)	skręcenie stawu skokowego bez unieruchomienia (konieczne leczenie* przez min. 2 tygodnie)	1
b)	skręcenia leczone unieruchomieniem (gips lub stabilizator)	2
c)	złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d)	złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e)	złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f)	złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g)	złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h)	złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i)	złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j)	złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
96.	Złamania kości skokowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b)	złamania wieloodłamowe	5
c)	inne złamania	3
97.	Złamania kości piętowej:	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b)	złamania wieloodłamowe	8
c)	inne złamania	4
98.	Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a)	częściowa utrata	25
b)	całkowita utrata	40
99.	Uszkodzenie kości stępu – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 10%):	
a)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b)	złamania wieloodłamowe	4
c)	inne złamania	2

100.	Złamania kości śródstopia – każda (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekraczać 15%):	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	6
b)	złamania otwarte	5
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d)	inne złamania	2
101.	Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a)	rany	1
102.	Utrata stopy w całości	45
103.	Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
104.	Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105.	Utrata stopy w okolicy stępu-środo-stopnej	25
PALCE STOPY		
106.	Uszkodzenie palucha:	
a)	rana	1
b)	częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c)	utrata paliczka paznokciowego palucha	4
d)	utrata całego palucha	8
e)	utrata z kością śródstopia	9
107.	Złamania palucha:	
a)	złamania wieloodłamowe, otwarte	4
b)	złamania otwarte	3
c)	złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d)	inne złamania	1
108.	Złamania w zakresie palców II, III, IV, V (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 5%):	
a)	złamania wieloodłamowe (każdy)	2
b)	inne złamania (każdy)	1
109.	Utrata palców stopy II–V (każdy)	2
110.	Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	3
111.	Utrata palca V z kością śródstopia	4
112.	Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, skręcenia (sumaryczne maksymalne świadczenie nie może przekroczyć 3%)	1
Uwaga: Wartość świadczenia związana z uszkodzeniem skóry, mięśni, nerwów, kości nie może przekroczyć wartości za całkowitą utratę kończyny lub części kończyny, której te uszkodzenia dotyczą.		
Wartość świadczenia ustalona za uszkodzenie jednego palca stopy nie może przekroczyć wartości świadczenia przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.		
Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców suma procentów za poszczególne uszkodzenia palców nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę nogi.		
M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
113.	Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	15
b)	nerwu piersiowego długiego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	10
c)	nerwu pachowego:	
i)	częściowe	5

ii)	całkowite	20
d)	nerwu mięśniowo-skórnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10
i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	25
j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	15
k)	nerwu łokciowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):	
i)	częściowe	7
ii)	całkowite	40
n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	15
o)	nerwu zaślinowego:	
i)	częściowe	5

ii)	całkowite	15
p)	nerwu udowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
q)	nerwów pośladowych (górnego i dolnego):	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
r)	nerwu sromowego wspólnego:	
i)	częściowe	3
ii)	całkowite	20
s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	50
t)	nerwu piszczelowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	30
u)	nerwu strzałkowego:	
i)	częściowe	5
ii)	całkowite	20
v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	10
ii)	całkowite	60
w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i)	częściowe	2
ii)	całkowite	10
N. INNE		Wysokość świadczenia odpowiadająca procentowi sumy ubezpieczenia
114.	Inne stłuczenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
115.	Inne rany (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5
116.	Inne oparzenia I i II stopnia	0,5
117.	Odmrożenia (odbycie wizyty lekarskiej)	0,5

* Leczenie – oznacza wizytę u lekarza specjalisty po doznanym urazie, postawienie diagnozy, zalecenie lekarskie (np. unieruchomienie, okłady, leki, L4) ponowną wizytę. Jest to cały proces od zgłoszenia się do lekarza po doznany urazie do ostatniej wizyty kontrolnej (ewentualnie do zakończenia rehabilitacji).

Niniejsza tabela uszczerbków lub uszkodzeń ciała dziecka została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 2/09/03/2021 z 9 marca 2021 r.

Załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia świadczeń medycznych i opiekuńczych MediPomoc

1. ZABIEGI AMBULATORYJNE

<p>1) Ambulatoryjne zabiegi chirurgiczne</p>	<p>Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych; Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu; Usunięcie szwów; Zmiana opatrunku; Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg); Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obojczykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego); Nakłucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa); Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn; Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych; Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite</p>
<p>2) Ambulatoryjne zabiegi laryngologiczne</p>	<p>Usunięcie ciała obcego, śródnosowe</p>
<p>3) Ambulatoryjne zabiegi okulistyczne</p>	<p>Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki; Usunięcie ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe; Wstrzyknięcie podspojówkowe</p>
<p>4) Ambulatoryjne zabiegi ortopedyczne</p>	<p>Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców); Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć); Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców); Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć); Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną; Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie; Zastosowanie gipsu biodrowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręką i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz); Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego; Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gipsu piersiowo-ramienny; Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna); Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)</p>

2. BADANIA LABORATORYJNE

Morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi); Morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów; Morfologia krwi obwodowej, z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów; Morfologia krwi obwodowej; retikulocytoza; ręcznie; Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego), nieautomatycznie; Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego), automatycznie

3. BADANIA RADIOLOGICZNE

czaszka; klatka piersiowa, jedna projekcja – czołowa PA; klatka piersiowa, dwie projekcje – czołowa PA i boczna; żuchwa; układ kostny twarzy; klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku); żebra, jednostronne; żebra, obustronne; mostek; staw lub stawy mostkowo-obojczykowe; kręgosłup – całość; badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna; kręgosłup szyjny; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy, w pozycji stojącej (skolioza); kręgosłup – odcinek piersiowy; kręgosłup – odcinek piersiowo-łędźwiowy; kręgosłup – odcinek łędźwiowo-krzyżowy; miednica; stawy krzyżowo-biodrowe; kość krzyżowa i kość ogonowa; obojczyk, całkowite; łopatka, całkowite; bark; stawy barkowo-obojczykowe; kość ramienna; staw łokciowy; przedramię; nadgarstek; ręka; palec (palce) ręki; biodro; kość udowa; kolano; oba kolana, w pozycji stojącej w projekcji PA; piszczel i strzałka; staw skokowy; stopa; kość piętowa; jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA

4. ULTRASONOGRAFIA

klatka piersiowa; jama brzuszna; miednica; moszna i jej zawartość; kończyna, nienaczyniowe

5. REHABILITACJA

Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwinięcie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Ćwiczenia terapeutyczne mające na celu rozwinięcie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości; Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje; Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna, rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; Kineziotaping; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: diatermia; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: podczerwień (sollux); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultrafiolet; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: ultradźwięki; Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: jonoforeza; Galwanizacja; Elektrostymulacja; Tonoliza; Prądy diadynamiczne; Prądy interferencyjne; Prądy Kotza; Prądy Tens; Prądy Traberta; Impulsowe pole magnetyczne; Laseroterapia (skaner, punktowo); Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów: okłady ciepłe lub zimne (termozele); Krioterapia – miejscowa; Krioterapia – zabieg w kriokomorze

6. TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

głowa lub mózg, bez kontrastu; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu; okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu; tkanki miękkie szyi, bez kontrastu; klatka piersiowa, bez kontrastu; kręgosłup szyjny, bez kontrastu; odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu; odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu; miednica, bez kontrastu; kończyna górna, bez kontrastu; kończyna dolna, bez kontrastu; jama brzuszna, bez kontrastu; głowa lub mózg, z kontrastem; oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, z kontrastem; okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem; tkanki miękkie szyi, z kontrastem; klatka piersiowa, z kontrastem; kręgosłup szyjny, z kontrastem; odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem; odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem; miednica, z kontrastem; kończyna górna, z kontrastem; kończyna dolna, z kontrastem; jama brzuszna, z kontrastem

7. REZONANS MAGNETYCZNY

Obrazowanie rezonansu magnetycznego: oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa, bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu; miednica, bez kontrastu; kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu; kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu; jama brzuszna, bez kontrastu; oczodół, twarz i szyja, z kontrastem; mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem; klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek szyjny kręgosłupa, z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem; kanał kręgowy i jego zawartość – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem; miednica, z kontrastem; kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem; którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem; kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem; którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem; jama brzuszna, z kontrastem
