

Formularz do Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania dziecka – indeks PZD/25/11/20

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1–4, 6, § 10 ust. 1, § 11 ust. 1–3, 8, 10, § 17
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 5, § 12

Pamiętaj, że:

- przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia lub
 - ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
- są wskazane również w umowie podstawowej.

§ 1 Ubezpieczony

W tej umowie dodatkowej Ubezpieczonym może być dziecko własne lub przysposobione Ubezpiezonego Głównego, jego współmałżonka albo partnera, które w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ukończyło 18. roku życia.

§ 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje rozpoznanie u dziecka po raz pierwszy poważnego zachorowania, o którym mowa w § 17 pkt 6).
3. W rozumieniu OWUD rozpoznanie poważnego zachorowania oznacza, że w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej u dziecka:
 - 1) zdiagnozowano chorobę po raz pierwszy w jego życiu;
 - 2) wykonano zabieg, który został przeprowadzony po raz pierwszy w jego życiu.
4. Definicje poszczególnych poważnych zachorowań zostały wskazane w § 17 pkt 6).
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:
 - 1) chorób, które zostały wymienione w § 17 pkt 6), jeśli prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby;
 - 2) zabiegów, które zostały wymienione w § 17 pkt 6), jeśli wynikają z chorób, które zdiagnozowano, rozpoznano lub gdy prowadzono w ich kierunku postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 3 lat przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, chyba że diagnostyka wykluczyła rozpoznanie choroby.
6. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów w związku z poważnym zachorowaniem. Rozszerzenie zakresu umowy dodatkowej powoduje podwyższenie składki dodatkowej i potwierdzone jest w polisie.
7. Zakres ubezpieczenia potwierdzany jest w polisie.

§ 3 Umowa dodatkowa

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku, licząc od daty rozpoczęcia ochrony.
2. Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest z inną datą niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej w danym roku polisy zostaje skrócony do liczby pełnych miesięcy polisy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, umowa dodatkowa ulega przedłużeniu (zgodnie z § 4) na kolejne roczne okresy, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy, w której dziecko osiągnie wiek 25 lat.
4. Umowa nie ulegnie przedłużeniu, jeżeli Ubezpieczający lub Towarzystwo na jeden miesiąc przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1–3, złoży na piśmie lub prześle pocztą elektroniczną oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

§ 4 Przedłużenie umowy dodatkowej

1. Na jeden miesiąc przed upływem okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu warunki przedłużenia umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji złożyć Towarzystwu oświadczenie, że nie wyraża na nią zgody. W takim przypadku umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Jeżeli w terminie 14 dni od otrzymania takiej propozycji Ubezpieczający nie złoży Towarzystwu oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, uznaje się, że umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny okres, na zaproponowanych przez Towarzystwo warunkach, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

§ 5 Treść umowy dodatkowej

Treść umowy dodatkowej określają OWUD oraz dokument ubezpieczenia, a w zakresie nieuregulowanym – postanowienia umowy podstawowej.

§ 6 Ochrona ubezpieczeniowa

1. Do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy dodatkowej mają odpowiednio zastosowanie postanowienia dotyczące ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że zawieszenie opłacania składki łącznej powoduje zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
 - 2) odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej.

§ 7 Wysokość i zmiana sumy ubezpieczenia

1. Sumę ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka stanowi kwota określona w polisie.

2. Do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej mają odpowiednio zastosowanie postanowienia umowy podstawowej.

§ 8 Składka z tytułu umowy dodatkowej

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, wysokość składki dodatkowej ustalana jest na podstawie taryf, zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, wieku dziecka i informacji o ryzyku ubezpieczeniowym zawartych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przekazanych Towarzystwu.
2. W rocznice polisy wysokość składki dodatkowej ustalana jest na podstawie aktualnych na ten dzień: taryf, zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia. O wysokości składki dodatkowej Towarzystwo informuje Ubezpieczającego w trybie wskazanym w § 4.

§ 9 Indeksacja

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, jeżeli umowa podstawowa przewiduje podwyższenie składki łącznej w związku z indeksacją, zapisy dotyczące indeksacji składki łącznej mają zastosowanie do tej umowy dodatkowej.
2. Rozszerzenie zakresu o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów nie podlega indeksacji.

§ 10 Świadczenie ubezpieczeniowe w związku z poważnym zachorowaniem

1. Jeśli u dziecka zostanie rozpoznane poważne zachorowanie, Towarzystwo wypłaci należne mu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień rozpoznania poważnego zachorowania.
2. Poważne zachorowanie potwierdzone jest przez Towarzystwo na podstawie dokumentacji medycznej lub dodatkowo na podstawie badań medycznych przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.

§ 11 Konsultacje lekarzy specjalistów

1. Jeśli zakres umowy dodatkowej został rozszerzony o zorganizowanie i pokrycie kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, to w przypadku przyznania przez Towarzystwo świadczenia z tytułu poważnego zachorowania dziecka otrzyma ono dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów.
2. Dziecku przysługuje maksymalnie 30 konsultacji lekarzy specjalistów.
3. Z konsultacji lekarzy specjalistów dziecko może skorzystać w ciągu 12 miesięcy, liczonych od następnego dnia roboczego po dniu, w którym Towarzystwo wypłaciło mu świadczenie z tytułu poważnego zachorowania.
4. Konsultacje lekarzy specjalistów realizują placówki medyczne, które należą do sieci partnera medycznego. Ich wykaz znajduje się na www.uniq.pl. Uprawniony może też uzyskać informację o placówkach przez infolinię medyczną.
5. Czas oczekiwania na konsultacje lekarzy specjalistów, o ile uprawniony 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.
6. Terminy podane w ust. 5 dotyczą konsultacji u dowolnego lekarza danej specjalizacji, a nie konsultacji u konkretnego lekarza.
7. Konsultacje lekarzy specjalistów nie wymagają skierowania lekarskiego.
8. Uprawniony może uzgodnić miejsce i termin realizacji świadczenia wyłącznie przez infolinię medyczną.
9. Aby świadczenie mogło zostać zrealizowane, 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, które otrzyma od pracowników placówki medycznej.
10. Jeśli za pośrednictwem infolinii medycznej uprawniony uzyska zgodę Towarzystwa, dziecko może skorzystać z dowolnie wybranej placówki medycznej poza siecią partnera medycznego.
11. Jeśli za zgodą Towarzystwa dziecko skorzystało z placówki medycznej poza siecią partnera medycznego, Towarzystwo zwróci uprawnionemu poniesione koszty konsultacji lekarzy specjalistów do wysokości limitu refundacyjnego. Zwrot zostanie zrealizowany w terminie 10 dni roboczych od dnia dostarczenia dokumentów. Wysokość limitu refundacyjnego wskazana jest w polisie.
12. Aby uzyskać zwrot kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, należy złożyć u partnera medycznego wniosek o refundację kosztów. Wniosek dostępny jest na www.uniq.pl. Do wniosku należy dołączyć wskazane w nim dokumenty oraz fakturę imienną lub rachunek za realizację danej konsultacji.

§ 12 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. W odniesieniu do poważnych zachorowań, które nie zostały spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem:
 - 1) Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, jeśli u dziecka zostanie rozpoznane poważne zachorowanie w ciągu pierwszych 3 miesięcy, które liczone są od daty początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
 - 2) w przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo ograniczy świadczenie do kwoty świadczenia wynikającego z poprzednio obowiązującej sumy ubezpieczenia, jeśli u dziecka zostanie rozpoznane poważne zachorowanie w ciągu pierwszych 3 miesięcy liczonych od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu umowy dodatkowej za rozpoznanie poważnego zachorowania dziecka po raz pierwszy w jego życiu w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, jednak w przypadku:
 - 1) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, dystrofii mięśniowej, łagodnego guza rdzenia, paraliżu, guzów śródczaszkowych, zapalenia mózgu, tężca, polio – Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań;
 - 2) niewydolności nerek, przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, przeszczepu narządu, niewydolności wątroby – Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań;
 - 3) nowotworu złośliwego z białaczkami i chłoniakami – Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań; w przypadku nowotworu złośliwego – Towarzystwo wypłaci tylko jedno świadczenie, niezależnie od lokalizacji, liczby i rodzajów nowotworów;
 - 4) utraty kończyn, utraty mowy, utraty słuchu, utraty wzroku – Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie;
 - 5) sepsy, śpiączki, ciężkiego oparzenia, cukrzycy, inwazyjnej choroby pneumokokowej (ICHP), operacji zastawki serca – Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu rozpoznania tylko jednego z tych poważnych zachorowań; Towarzystwo nie wypłaci świadczenia za sepsę lub śpiączkę, jeśli dokumentacja medyczna w sposób jednoznaczny potwierdza, że były skutkiem innego poważnego zachorowania, za które Towarzystwo wypłaciło świadczenie.
3. Po przyznaniu świadczenia za dane poważne zachorowanie wygasa odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie tego poważnego zachorowania.
4. Świadczenie zostanie przyznane pod warunkiem, że dziecko pozostanie przy życiu przez okres co najmniej 14 dni od daty rozpoznania poważnego zachorowania.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje poważnych zachorowań dziecka, które są następstwem:
 - 1) wady wrodzonej dziecka rozpoznanej w pierwszych 12 miesiącach życia dziecka;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV dziecka;
 - 3) spożycia alkoholu lub użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.
6. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli do poważnego zachorowania, które obejmuje zakres ubezpieczenia, doszło wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych i zbrojnych;
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach;
 - 3) samookaleczenia lub okaleczenia dziecka na jego prośbę – niezależnie od stanu poczytalności dziecka;
 - 4) masowego skażenia chemicznego, biologicznego i radioaktywnego.
7. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej nie zostanie wypłacone także w przypadku, gdy poważne zachorowanie dziecka jest następstwem:
 - 1) niezaleconego przez lekarza zażycia leków;
 - 2) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym, który został przeprowadzony poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 3) usiłowania popełnienia lub umyślnego popełnienia czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 4) udziału w sportach wysokiego ryzyka;
 - 5) pełnienia służby wojskowej;
 - 6) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli dziecko nie miało odpowiednich uprawnień do kierowania tym pojazdem i używania go lub pojazd ten nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
8. Niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie spełni świadczeń, w tym: nie zapewni ochrony ubezpieczeniowej, nie wypłaci świadczeń, lub nie zapewni innych korzyści z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim spełnienie tych świadczeń mogłoby skutkować złamaniem przez Towarzystwo sankcji gospodarczych, handlowych, finansowych lub embarga wynikających z prawa polskiego lub międzynarodowego, w tym przyjętych przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych, a także przez Stany Zjednoczone Ameryki lub inne państwa, chyba że jest to sprzeczne z przepisami prawa (w tym krajowego lub Unii Europejskiej), które obowiązują Towarzystwo.

§ 13 Dokumenty potrzebne do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Do wypłaty świadczenia należy przekazać Towarzystwu dokumenty wskazane we wniosku o wypłatę świadczenia. Wniosek jest dostępny na stronie www.unia.pl.
2. Dokumenty do wypłaty świadczenia należy przekazać w formie oryginałów lub kopii, których zgodność z oryginałem poświadczą:
 - 1) notariusz;
 - 2) organ, który je wydał;
 - 3) przedstawiciel Towarzystwa;
 - 4) upoważniony pracownik przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której dziecko było zarejestrowane i leczone – w przypadku dokumentacji medycznej;
 - 5) osoba uprawniona do otrzymania świadczenia.

3. Dokumenty sporządzone w języku obcym należy przetłumaczyć na język polski przez tłumacza, zanim zostaną dostarczone do Towarzystwa.

§ 14 Odstąpienie od umowy dodatkowej

Do odstąpienia od umowy dodatkowej mają odpowiednio zastosowanie postanowienia dotyczące odstąpienia od umowy podstawowej, z zastrzeżeniem że w przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę dodatkową, pomniejszoną o kwotę odpowiadającą składce należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 15 Wypowiedzenie umowy dodatkowej

Do wypowiedzenia umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące wypowiedzenia umowy podstawowej.

§ 16 Rozwiązanie umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - 1) z upływem okresu, na który została zawarta;
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego;
 - 3) z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;
 - 4) z dniem śmierci dziecka.
2. Jeżeli umowa dodatkowa ulegnie rozwiązaniu przed upływem okresu, za który została opłacona składka dodatkowa, Towarzystwo dokona zwrotu składki dodatkowej za niewykorzystany okres ochrony.

§ 17 Definicje

W OWUD używane są pojęcia zdefiniowane w umowie podstawowej. Dodatkowo w OWUD Towarzystwo używa pojęć, które mają następujące znaczenia:

- 1) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego, jego współmałżonka albo partnera, które w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ukończyło 18. roku życia;
- 2) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych publikowana przez Światową Organizację Zdrowia;
- 3) **lekarz specjalista** – lekarz, którego specjalizacja znajduje się w wykazie specjalizacji lekarskich, stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (m.in. alergolog, anestezjolog, chirurg klatki piersiowej, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, dermatolog, diabetolog, endokrynolog, gastrolog, ginekolog, hematolog, kardiolog, nefrolog, neurochirurg, neurolog, okulista, onkolog, ortopeda, otolaryngolog, proktolog, pulmonolog, reumatolog, urolog);
- 4) **partner medyczny** – operator medyczny współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń w ramach umowy dodatkowej;
- 5) **placówka medyczna** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba, która wykonuje zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lub osoba fizyczna uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają na terenie Polski zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; w rozumieniu OWUD za placówkę medyczną nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień (w szczególności od alkoholu, narkotyków lub leków), ośrodka sanatoryjnego, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka spa ani ośrodka rehabilitacji;
- 6) **poważne zachorowanie** – jedna z niżej wymienionych chorób u dziecka lub jeden z niżej wymienionych zabiegów przeprowadzonych u dziecka:
 - a) **ciężkie oparzenia** – głębokie termicznie lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, które obejmuje: nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia pierwszego stopnia, lub nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia drugiego stopnia, lub nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia trzeciego stopnia; przy ocenie powierzchni oparzenia Towarzystwo stosuje 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;
 - b) **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;
 - c) **dystrofia mięśniowa** – dystrofia mięśniowa typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii); rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną dotyczącą rozpoznania choroby;
 - d) **guzy śródczaszkowe** – niezłośliwe guzy śródczaszkowe, które są przyczyną stałych ubytków neurologicznych; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: torbieli, ziarniaków, malformacji śródczaszkowych, guzów przysadki;
 - e) **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 objęte są przypadki ciężkich zakażeń inwazyjnych, w tym: 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, porażeń lub innych ubytków neurologicznych; zakres

ubezpieczenia nie obejmuje zakażeń pneumokokowych o przebiegu lekkim, niepowikłanych lub niepozostawiających trwałych następstw ani pourazowych wtórnych zakażeń pneumokokowych; rozpoznanie IChP oraz jej trwałych następstw powinno być potwierdzone wynikami badań, w tym bakteriologicznych, i zawarte w dokumentacji medycznej, którą wydaje ośrodek służby zdrowia prowadzący leczenie;

- f) **łagodny guz rdzenia** – niezłośliwy histologicznie guz śródrzeniowy lub wewnątrzoponowy, rdzenia kręgowego lub rdzenia przedłużonego, który wymaga usunięcia operacyjnego, a w przypadku jego zaniechania powoduje trwały ubytek neurologiczny; rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarninaków, ropni, krwinków, malformacji naczyniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów kości, gruźlicy, urazów kręgosłupa, zmian zwyrodnieniowych ani dyskopatii;
- g) **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;
- h) **niewydolność wątroby** – krańcowa przewlekła niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem; rozpoznanie wymaga potwierdzenia w dokumentacji medycznej; za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby, która jest przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
- i) **nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki; choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego; za datę rozpoznania choroby Towarzystwo przyjmuje ostateczny wynik badania histopatologicznego, który potwierdza nowotworowe tło choroby; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: nowotworów in situ, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (w tym czerniaka złośliwego do 1-B stopnia zaawansowania w klasyfikacji TNM), ziarnicy złośliwej ani chłoniaków w 1. stopniu zaawansowania;
- j) **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; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zabiegów wykonywanych wewnątrznaczyniowo;
- k) **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 Towarzystwo; zakres ubezpieczenia nie obejmuje niedowładu kończyn;
- l) **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 przez specjalistę neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje innych chorób, które prowadzą do paraliżu, takich jak zespół Guillaina-Barrégo;
- m) **przeszczep narządu** – przeszczepienie dziecku jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie dziecka na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep tych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy; przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przeszczepów, które wykorzystują komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- n) **przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C** – przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, które trwa ponad 12 miesięcy i potwierdzone jest obecnością:
 - przeciwciał anti-HCV (IgG+) lub dodatnim wynikiem HCV RNA PCR w przypadku przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C,
 - antygeny Hbs w surowicy krwi 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;
- o) **sepsa (sepsis)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, powstały w wyniku krwiopochodnego rozsiewu zakażenia bakteryjnego, wirusowego lub grzybiczego, podczas którego we krwi krążą najczęściej bakterie, ich toksyny lub toksyczne metabolity komórek gospodarza; objawia się niewydolnością lub poważną dysfunkcją narządów lub układów narządów; zakres ubezpieczenia obejmuje też rozwijający się w jej przebiegu wstrząs septyczny; zakres ubezpieczenia nie obejmuje: bakteriemii, wirerii i fungemii ani przypadków sepsy wtórnej, rozwijającej się jako powikłanie po zabiegach operacyjnych lub urazach; rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z ośrodka prowadzącego leczenie;
- p) **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 dokumentacją medyczną, która zawiera między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego;
- q) **tężec** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych w postaci dożylniej antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwężcowej; stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wystąpienia co najmniej jednego z następujących objawów: bolesnych skurczów mięśniowych mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękocisk lub uśmiech sardoniczny), lub bolesnych skurczów mięśni tułowia, lub uogólnionych skurczów oraz jednego z wymienionych objawów klinicznych: 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;

- r) **utrata kończyn** – całkowita, nieodwracalna, fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn wskutek choroby lub wypadku, co najmniej na wysokości nadgarstków lub stawów skokowo-goleniowych;
- s) **utrata mowy** – całkowita, nieodwracalna, nieuleczalna utrata zdolności mowy, powstała wskutek choroby lub urazu, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; rozpoznanie i rokowanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi;
- t) **utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w następstwie choroby trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy; rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii na podstawie badań obiektywnych słuchu; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu, które mogą być skorygowane przez zastosowanie procedur terapeutycznych;
- u) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- v) **zapalenie mózgu** – 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; zakres ubezpieczenia nie obejmuje zapalenia mózgu w przebiegu infekcji HIV;
- w) **zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – pierwotne ropne, włóknikowe, ziarniniakowe lub limfocytowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; zakres ubezpieczenia obejmuje również przypadki poronnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; rozpoznanie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych musi być udokumentowane wynikami badań i zawarte w dokumentacji medycznej ośrodka medycznego prowadzącego leczenie, z określeniem właściwego numeru statystycznego klasyfikacji ICD-10;
- 7) **uprawniony** – dziecko lub, jeśli dziecko jest niepełnoletnie, prawny opiekun, lub osoba upoważniona do sprawowania opieki nad dzieckiem, którzy są uprawnieni do umawiania i odbywania wizyt w placówkach medycznych z dzieckiem.

§ 18 Postanowienia końcowe

Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania dziecka zatwierdził Zarząd uchwałą nr 1/04/11/2025 z 4 listopada 2025 r. i wchodzi one w życie 11 grudnia 2025 r.