



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZESPÓŁ

NR PGZ/2021/1

PD202110



- 5 OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZESPÓŁ NR PGZ/2021/1 >
- 11 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/SNW/2021/1 >
- 11 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO NR PGZ/SWK/2021/1 >
- 12 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TUZ/2021/1 >
- 13 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TIN/2021/1 >
- 14 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/NPW/2021/1 >
- 15 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO NR PGZ/PZK/2021/1 >
- 26 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RAKASSISTANCE NR PGZ/PNZ/2021/1 >
- 28 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO NR PGZ/SPC/2021/1 >
- 30 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA SZPITALNEGO NR PGZ/LSU/2021/1 >
- 32 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO ZDROWE ŻYCIE NR PGZ/HCB/2021/1 >
- 47 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA NR PGZ/BDR/2021/1 >
- 49 OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ASSISTANCE NR PGZ/AS2/2021/1 >



Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Zespół
nr PGZ/2021/1 sygn. PD202110

Rodzaj informacji	Nr zapisu	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej nr PGZ/2021/1 (dalej zwane: OWU)	Art. 2 Art. 4 ust. 1, 2, 3 OWU Art. 16 ust. 1-3 OWU Art. 16 ust. 5-7 OWU Art. 17 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/SNW/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 OWUD Art. 5 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego nr PGZ/SWK/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 OWUD Art. 5 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TUZ/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 1-3, ust. 8-9 OWUD Art. 5 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TIN/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 1-3 OWUD Art. 5 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej w razie Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/NPW/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 OWUD Art. 5 OWUD



	Ogólne warunki umowy dodatkowej Poważnego zachorowania ubezpieczonego nr PGZ/PZK/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 ust. 1-3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 1-3 OWUD Art. 5 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Zachorowania na Nowotwór złośliwy Rakassistance nr PGZ/PNZ/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 ust. 1-2 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 1-6 OWUD Art. 5 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Leczenia specjalistycznego nr PGZ/SPC/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 ust. 1-3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 OWUD Art. 5 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Leczenia szpitalnego nr PGZ/LSU/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 ust. 1-3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 2-3 OWUD Art. 5 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Świadczenia szpitalnego Zdrowe Życie nr PGZ/HCB/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 ust. 1-3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 1-5 OWUD Art. 5 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Zagraniczna Druga Opinia Medyczna nr PGZ/BDR/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 5 ust. 1, ust. 3-4 OWUD Art. 6 OWUD Art. 7 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Assistance nr PGZ/AS2/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 3 OWUD wraz z definicjami zawartymi w Art. 2 OWUD i w Art. 2 OWU Art. 5 ust. 1 OWUD Art. 6 OWUD Art. 8 OWUD



2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej nr PGZ/2021/1 (dalej zwane: OWU)	Art. 2 OWU Art. 4 ust. 3 OWU Art. 13 ust. 6 OWU Art. 16 ust. 4 OWU Art. 18 ust. 1-6 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/SNW/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 6 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego nr PGZ/SWK/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 6 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TUZ/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 5-7, ust. 10 OWUD Art. 6 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/TIN/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 4 ust. 4-5 OWUD Art. 6 OWUD Art. 7 OWUD Art. 8 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej w razie Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku nr PGZ/NPW/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 6 OWUD Art. 7 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Poważnego zachorowania ubezpieczonego nr PGZ/PZK/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 3 ust. 4-6 OWUD Art. 4 ust. 4-10 OWUD Art. 6 OWUD Art. 7 OWUD Art. 8 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU



	Ogólne warunki umowy dodatkowej Zachorowania na Nowotwór złośliwy Rakassistance nr PGZ/PNZ/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 3 ust. 3-4 OWUD Art. 4 ust. 7-9 OWUD Art. 6 OWUD Art. 8 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Leczenia specjalistycznego nr PGZ/SPC/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 3 ust. 4-5 OWUD Art. 6 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Leczenia szpitalnego nr PGZ/LSU/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 3 ust. 4-5 OWUD Art. 4 ust. 1, ust. 4-7 OWUD Art. 6 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Świadczenia Szpitalnego Zdrowe Życie nr PGZ/HCB/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 3 ust. 4-7 OWUD Art. 6 OWUD Art. 8 OWUD Art. 18 ust. 2-5 i ust. 7 OWU
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Zagraniczna Druga Opinia Medyczna nr PGZ/BDR/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 5 ust. 2 OWUD Art. 7 OWUD
	Ogólne warunki umowy dodatkowej Assistance nr PGZ/AS2/2021/1 (dalej zwane: OWUD)	Art. 2 OWUD wraz z definicjami w Art. 2 OWU Art. 5 ust. 2 OWUD Art. 7 OWUD Art. 8 OWUD



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZESPÓŁ NR PGZ/2021/1

Art. 1 Kto zawiera Umowę (strony Umowy)

Umowę na rzecz Ubezpieczonych zawierają: Ubezpieczający oraz Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (**my**), na podstawie Wniosku i Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Zespół nr PGZ/2021/1, sygn.PD202110, na które składają się ogólne warunki ubezpieczenia Umowy głównej (OWU) oraz ogólne warunki umów dodatkowych (OWUD).

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

- Akt terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszania lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych,
- Deklaracja** – oświadczenie woli przystąpienia do Umowy, które Uczestnik lub Współuczestnik składa na udostępnionym przez nas formularzu,
- Dokument ubezpieczenia** – dokument, w którym potwierdzamy:
 - zawarcie Umowy z Ubezpieczającym oraz najważniejsze postanowienia tej Umowy w dniu jej zawarcia, w tym datę wymagalności Składki (polisa), albo
 - przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej lub zmianę warunków Umowy w czasie jej trwania (potwierdzenie warunków ubezpieczenia),
- Dokument uczestnictwa** – dokument, w którym potwierdzamy, że obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, wskazujemy zakres tej ochrony, Sumy ubezpieczenia oraz Koszt ochrony,
- Koszt ochrony** – suma kosztów ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych w Okresie rozliczeniowym za jednego Ubezpieczonego. Koszt ochrony ustalamy w sposób, który wskazujemy w OWU,
- Małżonek** – osoba, która w dniu objęcia jej ochroną ubezpieczeniową pozostaje z Uczestnikiem w związku małżeńskim – zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym,
- Miesiąc polisowy** – okres, który rozpoczyna się w tym samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to okres ten rozpoczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca. Pierwszy Miesiąc polisowy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- Nieprawidłowości zdrowotne** – każda choroba, która zgodnie z informacjami w dokumentacji medycznej:
 - wymagała leczenia szpitalnego, konsultacji specjalistycznych, wykonywania badań lub przyjmowania leków – w ciągu 5 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy głównej lub Umowy dodatkowej – lub
 - jest następstwem chorób, o których mowa w pkt 1),
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
 - jest wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Ubezpieczonego,
 - występuje w czasie, w którym obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- Okres rozliczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi datami wymagalności Składki,
- Partner** – osoba, która w dniu objęcia jej ochroną ubezpieczeniową spełnia wszystkie następujące warunki:
 - nie jest spokrewniona z Uczestnikiem,
 - pozostaje z Uczestnikiem w związku nieformalnym,
 - prowadzi z Uczestnikiem wspólne gospodarstwo domowe,
- Pełnoletnie dziecko** – własne lub przysposobione dziecko Uczestnika, które ukończyło 18 lat,
- Próg uczestnictwa** – minimalna liczba Uczestników lub Współuczestników, którzy spełniają kryteria niezbędne do tego, abyśmy ich objęli ochroną ubezpieczeniową. Liczbę tę potwierdzamy w Dokumentcie ubezpieczenia i sprawdzamy ją w dniu zawarcia Umowy oraz w dniu przygotowania oferty odnowienia Umowy na kolejny Rok ubezpieczenia,
- Rocznica ubezpieczenia** – każda rocznica pierwszego dnia programu, który potwierdzamy w Dokumentcie ubezpieczenia. Jeśli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, to Rocznica ubezpieczenia przypada na ostatni dzień tego miesiąca,
- Rok ubezpieczenia** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami ubezpieczenia,
- Składka** – suma Kosztów ochrony za wszystkich Ubezpieczonych w danym Okresie rozliczeniowym. Składkę opłaca Ubezpieczający w uzgodnionych z nami datach wymagalności,
- Suma ubezpieczenia** – kwota, na podstawie której obliczamy Świadczenie oraz Koszt ochrony. Wskazujemy ją w Dokumentcie ubezpieczenia,
- Świadczenie** – kwota, którą wypłacamy Uprawnionemu, lub usługą, którą świadczymy, gdy wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem,
- Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną (ale posiadająca zdolność osobą prawną), która zawiera z nami Umowę. Jeśli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, może być także Ubezpieczonym,
- Ubezpieczony** – Uczestnik lub Współuczestnik, którego obejmujemy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy,
- Uczestnik** – osoba, która złożyła Deklarację i ubiega się o przystąpienie do Umowy. Uczestnikiem może być osoba, która w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat i jest:
 - zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej lub
 - Ubezpieczającym – jeśli jest osobą fizyczną,
- Umowa** – Umowa główna i Umowy dodatkowe, które zawieramy z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych, na podstawie OWU i OWUD,
- Umowa dodatkowa** – część Umowy, która zapewnia dodatkową ochronę ubezpieczeniową – na podstawie odrębnych OWUD,
- Umowa główna** – część Umowy, która zapewnia ochronę ubezpieczeniową w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
- Uposażony** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała świadczenie w przypadku jego śmierci,
- Uposażony zastępczy** – osoba, którą wskazuje Ubezpieczony, aby otrzymała Świadczenie w przypadku jego śmierci, jeśli w chwili tej śmierci Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do Świadczenia,
- Uprawniony** – osoba, która ma prawo do Świadczenia, gdy wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem,
- Wiek ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego w dniu objęcia go ochroną ubezpieczeniową, a następnie – w każdą Rocznicę ubezpieczenia,
- Wniosek** – deklaracja woli zawarcia Umowy, którą składa Ubezpieczający na udostępnionym przez nas formularzu. Wniosek zawiera imienny wykaz Uczestników i Współuczestników oraz kwotację warunków ubezpieczenia,
- Współuczestnik** – Małżonek, Partner lub Pełnoletnie dziecko Uczestnika, którzy ubiegają się o objęcie ochroną ubezpieczeniową, i w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyli 18 lat i nie ukończyli 65 lat,



31. **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
- uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
 - udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym),
- bez względu na to, czy wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia czy nie,
32. **Zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli wyprawy na tereny lodowcowe lub śnieżne, które wymagają użycia sprzętu asekuracyjnego, wyprawy na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na bieguny.

ZAWARCIE UMOWY

Art. 3 Ryzyko ubezpieczeniowe

- Ryzyko ubezpieczeniowe oceniamy na podstawie informacji, które przekazuje nam Ubezpieczający we Wniosku, w szczególności na podstawie:
 - rodzaju prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności,
 - formy zatrudnienia oraz miejsca wykonywania pracy przez Uczestników,
 - innych cech Ubezpieczającego, które mają wpływ na to ryzyko ubezpieczeniowe.
- Ryzyko ubezpieczeniowe oceniamy także na podstawie informacji o stanie zdrowia oraz zawodzie, które przekazują nam Uczestnik i Współuczestnik w Deklaracji.
- W wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową danej osoby albo zaproponować poszczególnym Uczestnikom lub Współuczestnikom zmianę warunków ubezpieczenia.

Art. 4 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres Umowy)

- Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie głównej jest życie Ubezpieczonego.
 - Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest śmierć Ubezpieczonego.
 - W razie śmierci Ubezpieczonego wypłacamy Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, która obowiązuje w dniu śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem następujących zasad:
 - nie wypłacamy Świadczenia, jeśli śmierć Ubezpieczonego wystąpiła w czasie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego i jest spowodowana inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - jeśli śmierć wystąpiła po upływie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego, to wypłacamy Świadczenie także wtedy, gdy śmierć jest spowodowana inną przyczyną niż Nieszczęśliwy wypadek. Wysokość tego Świadczenia w 121. dniu ochrony ubezpieczeniowej wynosi 2% Sumy ubezpieczenia Umowy głównej i wzrasta o 2% dziennie, aby 170. dnia ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej Świadczenie było równe 100% tej Sumy ubezpieczenia.
- Powyższe zasady stosujemy także w przypadku:
- podwyższenia Sumy ubezpieczenia dla Umowy głównej określonej dla Ubezpieczonego – od dnia obowiązywania nowej Sumy ubezpieczenia, w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższona została Suma ubezpieczenia,
 - wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej, która wygaśa w wyniku co najmniej 14-dniowego opóźnienia w opłaceniu Składki – od pierwszego dnia

- Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o ryzyka dodatkowe z tytułu Umowy dodatkowej. Przedmiotem ubezpieczenia Umowy dodatkowej może być życie lub zdrowie Ubezpieczonego.

Art. 5 Jak zawieramy Umowę i jak długo ona trwa

- Umowę główną zawieramy na rok.
- Umowę dodatkową zawieramy:
 - na rok – jeśli Umowa dodatkowa jest zawierana jednocześnie z Umową główną,
 - na okres krótszy niż rok – jeśli Umowa dodatkowa jest zawierana w czasie trwania Umowy (dokupienie).
- Ubezpieczający składa nam ofertę zawarcia Umowy na Wniosku.
- Przed złożeniem Wniosku Ubezpieczający przedstawia nam swoje potrzeby ubezpieczeniowe, które odzwierciedlają potrzeby Uczestników i Współuczestników. Na tej podstawie wspólnie uzgadniamy wnioskowany zakres zdarzeń, które zostaną objęte ubezpieczeniem oraz Sumy ubezpieczenia.
- Możemy zawrzeć Umowę, jeżeli są spełnione wszystkie wymienione poniżej warunki:
 - Ubezpieczający dostarczył nam:
 - kompletnie i poprawnie wypełniony Wniosek w ciągu 30 dni od dnia jego sporządzenia,
 - kompletnie i poprawnie wypełnione Deklaracje Uczestników i Współuczestników,
 - inne dokumenty, które wskazujemy, gdy są niezbędne do zawarcia Umowy,
 - został osiągnięty Próg uczestnictwa,
 - Ubezpieczający opłacił Składkę.
- Jeśli zaakceptujemy Wniosek, to doręczamy Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia, w którym potwierdzamy naszą wolę zawarcia Umowy. Dzień doręczenia Dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu jest dniem zawarcia Umowy.
- Dniem zawarcia Umowy dodatkowej jest dzień:
 - zawarcia Umowy głównej – jeśli Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie Umowy dodatkowej łącznie z Wnioskiem o zawarcie Umowy głównej – albo
 - doręczenia Ubezpieczającemu Dokumentu ubezpieczenia, w którym potwierdzamy zawarcie Umowy dodatkowej – jeśli Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie Umowy dodatkowej później.
- Na podstawie informacji zawartych we Wniosku i załącznikach możemy także:
 - odmówić zawarcia Umowy głównej,
 - odmówić zawarcia Umowy dodatkowej,
 - zaproponować zawarcie Umowy głównej lub Umowy dodatkowej na innych warunkach.
- W przypadku gdy proponujemy odmienne warunki zawarcia Umowy głównej lub Umowy dodatkowej niż określone we Wniosku, to doręczamy Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia ze zmienionymi warunkami oraz informację, w której wskazujemy różnice między Wnioskiem a naszą propozycją oraz wyznaczamy przynajmniej siedmiodniowy termin na wniesienie sprzeciwu. Umowę uważa się za zawartą w dniu, który następuje po upływie terminu na wniesienie sprzeciwu. Jeśli Ubezpieczający zgłasza sprzeciw, to nie zawieramy z nim Umowy.
- Ubezpieczający może zawrzeć z nami tylko jedną Umowę.

ROZWIĄZANIE UMOWY

Art. 6 Kiedy i w jaki sposób następuje rozwiązanie Umowy

- Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy poprzez złożenie nam oświadczenia w terminie 7 dni (jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od dnia zawarcia Umowy. W przypadku odstąpienia od Umowy zwracamy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym mamy prawo do zatrzymania części Składki należnej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w dowolnym momencie w czasie jej trwania, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres ten rozpoczyna się w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, który następuje po Miesiącu polisowym, w którym otrzymaliśmy wypowiedzenie.



3. Umowa ulega rozwiązaniu również wtedy, gdy:
 - 1) ostatni Uczestnik złoży rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej – z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, za który został opłacony Koszt ochrony za tego Uczestnika,
 - 2) w ciągu 3 miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczający nie wznowi opłacania Składki, mimo uprzedniego wezwania do zapłaty – z upływem 3 miesięcy od ostatniego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę,
 - 3) upłynie okres, na który Umowa została zawarta i nie zawrzemy kolejnej Umowy – w ostatnim dniu jej trwania.
4. W dniu rozwiązania Umowy głównej, rozwiązaniu ulegają wszystkie Umowy dodatkowe.
 - 1) w tym samym dniu, w którym rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej – jeżeli Umowa dodatkowa jest zawierana jednocześnie z Umową główną, albo
 - 2) w dniu zawarcia Umowy dodatkowej na rzecz danego Ubezpieczonego – jeżeli umowa ta jest zawierana w innym dniu niż Umowa główna, albo
 - 3) w dniu wskazanym w OWUD – jeżeli OWUD określają odmienne zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej niż te, które wskazujemy w OWU.
3. Objęcie Uczestnika lub Współuczestnika ochroną ubezpieczeniową oraz warunki i zakres tej ochrony potwierdzamy w Dokumencie uczestnictwa.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY I CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Art. 7 Kto i w jaki sposób może przystąpić do Umowy

1. W celu przystąpienia do Umowy i objęcia ochroną ubezpieczeniową, Uczestnik i Współuczestnik składają Deklaracje.
2. Rozpatrujemy Deklaracje, które:
 - 1) zostały nam dostarczone w terminie 30 dni od ich złożenia i
 - 2) są kompletne, poprawnie wypełnione i potwierdzone przez Ubezpieczającego.
3. Uczestnik uzyskuje prawo do przystąpienia do Umowy w późniejszym z dni:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy albo
 - 2) w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, który następuje po dniu nawiązania przez niego stosunku prawnego z Ubezpieczającym.
4. Współuczestnik uzyskuje prawo do przystąpienia do Umowy w późniejszym z dni:
 - 1) w dniu przystąpienia Uczestnika do Umowy albo
 - 2) w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, który następuje po dniu zawarcia związku małżeńskiego – w przypadku Małżonka,
 - 3) w Rocznicę ubezpieczenia – w przypadku Partnera,
 - 4) w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, który następuje po dniu uzyskania pełnoletności – w przypadku Pełnoletniego dziecka.
5. Jeśli w Dokumencie ubezpieczenia nie potwierdzamy odmiennych ustaleń, to do Umowy może przystąpić Uczestnik lub Współuczestnik, który spełnia wszystkie następujące warunki:
 - 1) w dniu złożenia Deklaracji nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum lub w innym stacjonarnym zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
 - 2) uzyskał pozytywny wynik oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 3) za którego został opłacony Koszt ochrony.
6. Współuczestnik może przystąpić do Umowy pod warunkiem, że Uczestnik również przystąpi do Umowy. Zakres ochrony ubezpieczeniowej Współuczestnika nie może być szerszy a Sumy ubezpieczenia nie mogą być wyższe niż zakres ochrony ubezpieczeniowej i Sumy ubezpieczenia Uczestnika.
7. W danym Roku ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową obejmujemy wyłącznie jednego Partnera, który złożył Deklarację. Zmiana Partnera, następuje na podstawie Deklaracji, którą składa nowy Partner. Zmiana obowiązuje od Rocznicy ubezpieczenia, która następuje po dniu złożenia Deklaracji.
8. Przystąpienie do Umowy potwierdzamy Dokumentem uczestnictwa. Dniem przystąpienia do Umowy jest dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, która przysługuje danemu Ubezpieczonemu, na zasadach wskazanych w Umowie.
9. W tym samym czasie ochroną ubezpieczeniową możemy obejmować Małżonka albo Partnera Uczestnika.
10. Uczestnik nie może jednocześnie przystąpić do Umowy jako Współuczestnik.

Art. 8 Kiedy rozpoczyna się ochrona ubezpieczeniowa w Umowie głównej i w Umowie dodatkowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się w dniu, który wskazujemy w Dokumencie uczestnictwa jako dzień rozpoczęcia ochrony. Ochrona ubezpieczeniowa nie może się jednak rozpocząć wcześniej niż następnego dnia po otrzymaniu przez nas Składki, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się:

Art. 9 Kiedy kończy się ochrona ubezpieczeniowa w Umowie głównej i w Umowie dodatkowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Ubezpieczonego z tytułu Umowy kończy się, gdy:
 - 1) Ubezpieczony umrze – w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) upłynie okres, na jaki została zawarta Umowa – w ostatnim dniu tego okresu – o ile Ubezpieczający nie przyjmie naszej oferty przedłużenia Umowy,
 - 3) Umowa zostanie rozwiązana – w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, za jaki Ubezpieczający opłacił Składkę,
 - 4) Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej – w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, w którym otrzymaliśmy rezygnację i za który Ubezpieczający opłacił Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego; Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, poprzez złożenie Ubezpieczającemu odpowiedniego oświadczenia,
 - 5) Ubezpieczony odejdzie z pracy (lub w inny sposób ustanie stosunek prawny, który łączy go z Ubezpieczającym) – w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym został rozwiązany stosunek prawny z Ubezpieczającym,
 - 6) Ubezpieczony ukończy 67 lat – w dniu poprzedzającym najbliższą Rocznicę ubezpieczenia lub w dniu 67. urodzin, jeśli ten dzień wypada w Rocznicę ubezpieczenia,
 - 7) minie 14. dzień opóźnienia w opłaceniu Składki – w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Współuczestnika kończy się ponadto:
 - 1) w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej Uczestnika,
 - 2) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym ustał związek małżeński,
 - 3) w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, w którym Deklarację złożył nowy Partner lub w którym otrzymamy oświadczenie o ustaniu związku partnerskiego.
3. Poza przypadkami wskazanymi powyżej lub w OWUD ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej kończy się, gdy:
 - 1) Umowa dodatkowa zostanie rozwiązana – w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, za jaki Ubezpieczający opłacił Składkę, która uwzględniła tę Umowę dodatkową,
 - 2) upłynie okres, na jaki została zawarta Umowa dodatkowa – w ostatnim dniu tego okresu – o ile Ubezpieczający nie przyjmie naszej oferty przedłużenia Umowy dodatkowej.

Art. 10 Jakie są nasze obowiązki wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1. Przed zawarciem Umowy przekazujemy Ubezpieczającemu w uzgodnionej z nim formie: OWU, OWUD oraz inne dokumenty, których wymaga prawo.
2. Raz w roku przekazujemy Ubezpieczającemu w uzgodnionej z nim formie informacje o wysokości wszystkich świadczeń z Umowy, jeśli kwoty te się zmieniają.
3. Gdy Ubezpieczony zawnioskuje o udostępnienie informacji o postanowieniach Umowy oraz OWU i OWUD, przekazujemy te informacje w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego.
4. Gdy otrzymujemy informację o wystąpieniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, informujemy Ubezpieczonego, Uposażonych lub inne osoby Uprawnione o dokumentach niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności.
5. Gdy wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem, wypłacamy Uprawnionemu Świadczenie – o ile nie zachodzą okoliczności, w których nasza odpowiedzialność jest ograniczona.



Art. 11 Jakie są prawa i obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający ma obowiązek:
 - 1) uzyskać zgodę Uczestnika i Współuczestnika, na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową, a później również na zmiany Umowy,
 - 2) przekazać Uczestnikowi i Współuczestnikowi w uzgodnionej z nimi formie:
 - a) OWU, OWUD oraz inne dokumenty, których wymaga prawo – przed dniem złożenia Deklaracji,
 - b) informacje o zmianie warunków Umowy oraz jej wpływie na wartość Świadczeń i zakres ochrony ubezpieczeniowej – przed dniem wyrażenia zgody na tę zmianę,
 - 3) opłacać Składkę w uzgodnionych z nami datach wymagalności Składki,
 - 4) informować nas, zgodnie ze stanem swojej wiedzy, o zmianie danych teleadresowych i osobowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonych i Uposażonych,
 - 5) przekazać nam najpóźniej w dniu opłacenia Składki:
 - a) imienny wykaz Ubezpieczonych, za których jest opłacona Składka,
 - b) imienny wykaz Ubezpieczonych, którzy utracili uprawnienia do ochrony ubezpieczeniowej oraz powód utraty uprawnienia do tej ochrony,
 - c) informacje niezbędne do zawarcia i wykonywania obowiązków, które wynikają z Umowy,
 - 6) przekazać nam informację w jakiej części Koszt ochrony jest finansowany ze środków Ubezpieczającego lub Uczestnika,
 - 7) poinformować nas o złożeniu przez Uczestnika lub Współuczestnika Deklaracji – nie później niż 7 dni po dacie wymagalności pierwszej Składki, która obejmuje Koszt ochrony Uczestnika lub Współuczestnika,
 - 8) potwierdzić i przekazać nam oryginał Deklaracji – nie później niż 30 dni:
 - a) po dacie wymagalności pierwszej Składki, która obejmuje Koszt ochrony danego Uczestnika lub Współuczestnika, oraz
 - b) po dniu podpisania Deklaracji przez Uczestnika lub Współuczestnika,
 - 9) przekazać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytamy, zanim zawrzemy Umowę lub obejmiemy Uczestnika lub Współuczestnika ochroną ubezpieczeniową.

Art. 12 Składka – z czego wynika jej wysokość i jak ją płacić

1. Składkę opłaca Ubezpieczający przelewem na nasz rachunek bankowy w wysokości i częstotliwości, którą wskazujemy w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Częstotliwość opłacania Składki może być: miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.
3. Koszt ochrony obliczamy zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej – w sposób, który umożliwia nam wypełnienie wszystkich zobowiązań, które wynikają z Umowy.
4. Koszt ochrony obliczamy na podstawie informacji, takich jak:
 - 1) rodzaj działalności gospodarczej, którą prowadzi Ubezpieczający,
 - 2) wysokość Sum ubezpieczenia i zakres ochrony ubezpieczeniowej, której będziemy udzielać na podstawie Umowy – uwzględniamy także ograniczenia i wyłączenia naszej odpowiedzialności, a także koszty wykonywania działalności ubezpieczeniowej, jakie ponosimy w związku z Umową,
 - 3) Wiek Ubezpieczonego i wykonywany przez niego zawód oraz
 - 4) inne informacje o Uczestniku lub Współuczestniku, które są zawarte we Wniosku i Deklaracji.
5. Koszt ochrony może być w całości lub w części finansowany ze środków Ubezpieczającego lub Uczestnika.
6. Jeśli Składka nie zostanie opłacona przez Ubezpieczającego w ciągu 14 dni od daty wymagalności Składki, w której powinniśmy ją otrzymać lub otrzymamy kwotę niższą niż Składka, to informujemy o tym Ubezpieczającego w uzgodnionej z nim formie i wyznaczymy dodatkowy – przynajmniej 14-dniowy – termin na wpłatę.
7. Jeśli w wyznaczonym terminie 14. dni Ubezpieczający nie opłaci zaległej Składki, ochrona ubezpieczeniowa, którą obejmujemy Ubezpieczonych wygaśnie w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę.

Art. 13 Zawieszenie opłacania Składek

1. W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych, które mają wpływ na prowadzenie działalności gospodarczej Ubezpieczającego, może on

- złożyć on wniosek o zawieszenie opłacania Składek na okres 6 miesięcy, ale nie dłużej niż do Rocznicy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawieszenie opłacania Składki nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy.
3. Zawieszenie opłacania Składek obowiązuje od najbliższej daty wymagalności Składki, która przypada po dniu akceptacji przez nas wniosku Ubezpieczającego. Zgodę na zawieszenie opłacania Składek przekazujemy Ubezpieczającemu w uzgodnionej z nim formie.
4. W okresie zawieszenia opłacania Składek Ubezpieczający nie opłaca Składki.
5. W okresie zawieszenia opłacania Składek nie obejmujemy Ubezpieczonych ochroną ubezpieczeniową od 1. dnia Miesiąca polisowego, który następuje po upływie okresu ubezpieczenia, za który została opłacona ostatnia Składka.
6. Ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy wznawiamy od 1. dnia Miesiąca polisowego po upływie okresu zawieszenia, który został określony we wniosku, pod warunkiem opłacenia Składki przed tym dniem.
7. Jeśli okres zawieszenia jest dłuższy niż 3 miesiące, to przy ustalaniu okresów ograniczenia naszej odpowiedzialności, które określamy w OWU i OWUD, nie uwzględniamy okresu ochrony ubezpieczeniowej, którą obejmowaliśmy Ubezpieczonego bezpośrednio przed okresem zawieszenia.

Art. 14 Odnowienie Umowy i przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Rok ubezpieczenia

1. Ofertę odnowienia Umowy i przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego na kolejny Rok ubezpieczenia przekazujemy Ubezpieczającemu najpóźniej 30 dni przed Rocznicą ubezpieczenia.
2. Jeśli nie przedstawiamy Ubezpieczającemu oferty odnowienia Umowy, to informujemy o tym Ubezpieczającego w uzgodnionej z nim formie.
3. Mamy prawo nie przedstawić oferty odnowienia Umowy na kolejny Rok ubezpieczenia w szczególności, gdy w dniu przygotowania tej oferty nie jest spełniony Próg uczestnictwa.
4. W ofercie odnowienia Umowy możemy zaproponować:
 - 1) zmianę Kosztu ochrony lub Sum ubezpieczenia albo
 - 2) pozostawienie warunków ubezpieczenia bez zmian.
5. Wysokość Sum ubezpieczenia i Kosztów ochrony dla każdego Ubezpieczonego, które będą obowiązywać w kolejnym Roku ubezpieczenia ustalamy na podstawie posiadanych informacji o grupie Ubezpieczonych.
6. Ubezpieczający najpóźniej w ostatnim dniu danego Roku ubezpieczenia może poinformować nas, że:
 - 1) rezygnuje z odnowienia Umowy i tym samym przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczonych w kolejnym Roku ubezpieczenia albo
 - 2) przyjmuje naszą ofertę i tym samym wyraża zgodę na odnowienie Umowy i przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczonych w kolejnym Roku ubezpieczenia.
7. Jeśli Ubezpieczający przyjmuje naszą ofertę, powinien zapłacić Składkę w terminie i wysokości wskazanej w naszej propozycji.
8. Jeśli do Rocznicy ubezpieczenia nie otrzymujemy sprzeciwu Ubezpieczającego do naszej oferty odnowienia Umowy, to strony Umowy zgodnie przyjmują, że Ubezpieczający wyraża chęć odnowienia Umowy na kolejny Rok ubezpieczenia, na warunkach, które proponujemy.
9. W porozumieniu z Ubezpieczającym do Umowy możemy wprowadzić postanowienia odmienne od ustalonych w OWU.
10. Jeśli oferta odnowienia Umowy na kolejny Rok ubezpieczenia przewiduje podwyższenie Sum ubezpieczenia, możemy poprosić Ubezpieczającego o dostarczenie dodatkowych informacji o Ubezpieczonym, które są niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
11. W czasie trwania Umowy Ubezpieczający może wnioskować o zmianę zakresu ubezpieczenia, w tym zmianę Sum ubezpieczenia. Każda zmiana wymaga naszej akceptacji i wchodzi w życie 1. dnia Miesiąca polisowego, który następuje po dniu akceptacji przez strony Umowy zakresu zmian. Potwierdzamy to Dokumentem ubezpieczenia oraz Dokumentami uczestnictwa.

Art. 15 Jak kontynuować ubezpieczenie

1. Ubezpieczony może indywidualnie kontynuować ubezpieczenie w przypadku, gdy był przez nas objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy przez co najmniej 12 miesięcy i ochrona ta zakończyła się w związku z:



- 1) ukończeniem przez niego 67 lat,
 - 2) rozwiązaniem umowy o pracę lub ustaniem stosunku prawnego, który łączy Ubezpieczonego z Ubezpieczającym.
2. Osoba, która chce kontynuować ubezpieczenie składa do nas wnioski o kontynuację ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 3. miesięcy od dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy.
 3. Ochronę ubezpieczeniową w ramach kontynuacji ubezpieczenia będziemy świadczyć na podstawie wskazanych przez nas warunków ogólnych ubezpieczenia.
 4. Nie wymagamy informacji o stanie zdrowia osoby, która chce kontynuować ubezpieczenie w przypadku, gdy:
 - 1) osoba ta była Uczestnikiem,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej w kontynuacji ubezpieczenia jest taki sam albo większy od zakresu, który przysługiwał tej osobie w ramach Umowy.
 5. Osoba, która kontynuuje ubezpieczenie w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia nie może ponownie przystąpić do Umowy.

Art. 16 Komu wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, wypłacamy Uposażonemu albo Uposażonemu zastępczemu.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać i zmieniać Uposażonych, decyduje również o częściach w jakich wypłacamy Świadczenie.
3. Jeśli Ubezpieczony wskaże kilku Uposażonych, ale nie określi ich udziału w Świadczeniu albo suma tych udziałów nie wynosi 100%, to uznajemy, że udziały te są równe.
4. Nie wypłacamy Świadczenia osobie, która umrze przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczyni się do jego śmierci.
5. Jeśli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do Świadczenia, Świadczenie wypłacimy Uposażonym zastępczym z zachowaniem zasad, które stosujemy do Uposażonych.
6. Jeśli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego Uposażonego ani Uposażonego zastępczego, to Świadczenie wypłacamy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym Świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
7. Zasady wypłaty Świadczenia z tytułu Umów dodatkowych określamy w OWUD.

Art. 17 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia i kiedy je wypłacamy

1. Zawiadomienie o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem można zgłosić w wybrany sposób:
 - 1) w serwisie MojaAviva na: www.aviva.pl,
 - 2) e-mailem: bok@aviva.pl,
 - 3) telefonicznie: +48 22 557 44 44,
 - 4) listownie:
Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
Dział Obsługi Roszczeń
ul. Inflancka 4b
00-189 Warszawa
2. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, czyli:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby, która składa ten wniosek,
 - 3) skróconego odpisu aktu zgonu oraz kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie nam tych dokumentów, to prosimy o inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę.
3. Dokumenty potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej wskazujemy w OWUD.
4. Jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem miało miejsce poza granicami Polski, potrzebujemy także dokumentu wystawionego przez uprawniony do tego organ w danym kraju.
5. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem, informujemy Uprawnionego, jakich dokumentów potrzebujemy.
6. Świadczenie wypłacamy w złotych polskich – przelewem na wskazany rachunek bankowy, który należy do Uprawnionego – lub w inny sposób z nim uzgodniony.

7. Świadczenie wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy wypłata Świadczenia przysługuje i w jakiej wysokości, to Świadczenie wypłacamy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezporną część Świadczenia wypłacamy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
8. Jeśli odmawiamy wypłaty Świadczenia lub wypłacamy tylko jego część, to informujemy o tym osobę, która składa wniosek o wypłatę Świadczenia. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

Art. 18 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku tym nie wypłacamy Świadczenia z Umowy głównej, jeśli śmierć Ubezpieczonego następuje:
 - 1) w wyniku samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od dnia objęcia go ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) w ciągu pierwszych 12. miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i jest spowodowana Nieprawidłowościami zdrowotnymi.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku tym nie wypłacamy Świadczenia z tytułu:
 - 1) Umowy głównej lub
 - 2) Umowy dodatkowej,jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem następuje:
 - a) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
 - b) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
 - c) w wyniku Aktu terroryzmu – jeśli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszystkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
 - d) w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszystkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
 - e) w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym.
3. Ponadto nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku tym nie wypłacamy Świadczenia z tytułu:
 - 1) Umowy głównej, jeśli śmierć występuje w czasie pierwszych 169. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego i jest spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem lub
 - 2) Umowy dodatkowej, chyba że inaczej postanowiliśmy w OWUD, jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem następuje:
 - a) w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji, lub środków, które działają na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz,
 - b) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
 - d) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - e) w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
 - f) w wyniku wypadku statku powietrznego, chyba że Ubezpieczony jest pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy prawo lotnicze,
 - g) w związku z Wyczynowym uprawianiem sportu przez Ubezpieczonego lub udziałem Ubezpieczonego w Zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia.



4. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku tym nie wypłacamy Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej także w innych okolicznościach, które wskazujemy w OWUD.
5. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony mają obowiązek podać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem Umowy lub objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Jeśli w imieniu Ubezpieczającego Umowę zawarł z nami jego przedstawiciel, obowiązek ten dotyczy także jego i jego wiedzy.
6. Jeśli śmierć Ubezpieczonego jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim objęliśmy go ochroną ubezpieczeniową albo zanim podwyższyliśmy Sumę ubezpieczenia, i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu 3 lat od:
 - 1) objęcia go po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy głównej – odmówić wypłaty Świadczenia,
 - 2) podwyższenia Sumy ubezpieczenia – wypłacić Świadczenie w wysokości sprzed podwyższenia.
7. Jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem w ramach Umowy dodatkowej jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy zanim objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową albo zanim podwyższyliśmy Sumę ubezpieczenia dla tej Umowy dodatkowej a okoliczności te zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo:
 - 1) odmówić wypłaty Świadczenia albo
 - 2) wypłacić kwotę sprzed podwyższenia – gdy zadaliśmy pytania przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia.

Art. 19 Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy

1. Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć z Ubezpieczającym Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim zawrzemy z Ubezpieczającym Umowę lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Przetwarzamy dane osób, które:
 - 1) chcą zawrzeć z nami Umowę i chcą być objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) są uprawnione, aby otrzymać Świadczenie z tytułu Umowy.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że zawieramy z Ubezpieczającym Umowę oraz na podstawie:
 - 1) zgód osób, których te dane dotyczą,
 - 2) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,
 - 3) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
 - 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego również na podstawie wiedzy o stanie zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) ustalenia zasadności i wysokości wypłaty. W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
 - 1) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarzamy,
 - 2) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
 - 3) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
 - 4) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.
7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
 - 1) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia, oraz
 - 2) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - 3) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że uzyskamy zgodę osoby, której dane dotyczą.
8. Dane Ubezpieczonych możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę Świadczenia z Umowy.
9. Dane osobowe przetwarzamy do:

- 1) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy, oraz
 - 2) zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
10. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na stronie www.aviva.pl, w Polityce prywatności.

Art. 20 Jak złożyć reklamację

1. Reklamacja, w tym skarga i zażalenie, to zastrzeżenie, które dotyczy naszych usług. Reklamację może złożyć Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, inny uprawniony z Umowy, osoba poszukująca ochrony ubezpieczeniowej.
2. Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – w ciągu 30 dni od jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:
 - 1) wyjaśniamy osobie składającej reklamację, jaka jest przyczyna opóźnienia,
 - 2) wskazujemy okoliczności, które musimy ustalić, by rozpatrzyć sprawę, oraz
 - 3) określamy, jaki przewidujemy termin udzielenia odpowiedzi – nie może on jednak przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji.
3. Reklamację można złożyć:
 - 1) pisemnie – osobiście, w naszej siedzibie lub naszej jednostce terenowej, przesyłką pocztową (zgodnie z ustawą Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście podczas wizyty w naszej siedzibie, w naszej jednostce. Złożenie ustnej reklamacji potwierdzamy protokołem,
 - 3) elektronicznie – na adres e-mail, który podajemy na stronie www.aviva.pl. Na życzenie osoby, która składa reklamację, przekazujemy potwierdzenie jej złożenia. Forma potwierdzenia zależy od sposobu złożenia reklamacji.
4. Osoba, która składa reklamację, powinna podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jej identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL. Przyspieszy to rozpatrzenie reklamacji.
5. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją złożyła – listownie albo za pomocą innego trwałego nośnika informacji (zgodnie z ustawą o usługach płatniczych). Na wniosek osoby, która składa reklamację, udzielamy odpowiedzi pocztą elektroniczną.
6. Osoba, która składa reklamację, może odwołać się od naszej decyzji. Jeśli nie uwzględnimy roszczeń tej osoby, może ona złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Rzecznik Finansowy prowadzi postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Udział w takim postępowaniu jest dla nas obowiązkowy (szczegółowe informacje znajdują się na stronie: www.rf.gov.pl). Osoba fizyczna, która jest Ubezpieczającym, Ubezpieczonym (Uczestnikiem lub Współuczestnikiem) lub uprawnionym z Umowy, ma prawo wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego. Mówi o tym ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmiot rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
7. Konsument ma prawo zwrócić się także o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.
8. Ubezpieczający, Ubezpieczony (Uczestnik lub Współuczestnik) i inna osoba uprawniona z Umowy mają prawo złożyć pozew do właściwego sądu.
9. Nasza działalność podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Art. 21 W jaki sposób są rozwiązywane ewentualne spory

1. Umowa podlega przepisom prawa polskiego.
2. Pozew w sprawach związanych z Umową można złożyć do sądu:
 - 1) właściwego dla naszej siedziby – według przepisów o właściwości ogólnej,
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby:
 - a) Ubezpieczonego lub spadkobiercy Ubezpieczonego,
 - b) Uprawnionego z Umowy lub jego spadkobiercy.

Art. 22 Co jeszcze warto wiedzieć o swoim ubezpieczeniu

1. Świadczenie wypłacamy zgodnie z przepisami prawa podatkowego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony oraz Uposażony albo Uposażony zastępczy może przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby, jednak tylko za naszą zgodą.



3. Korespondencję związaną z Umową przesyłamy na znany nam adres albo w inny sposób, który uzgodniliśmy z odbiorcą.
4. Korespondencję, która dotyczy wypłaty Świadczenia z Umowy, kierujemy:
 - 1) na ostatni znany nam adres Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy,
 - 2) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
 - 3) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.
5. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy, należy składać na piśmie – chyba że wspólnie z Ubezpieczającym uzgodniliśmy inną formę.
6. Wszystkie dokumenty, które dotyczą Umowy przygotowujemy w języku polskim.
7. Dokumenty, które otrzymujemy od Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy, powinny być

- napisane w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z przepisami prawa, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
8. Wszystkie dokumenty i oświadczenia, które dotyczą Umowy, będziemy przekazywać Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu oraz innemu uprawnionemu z Umowy na ostatni adres e-mail, który otrzymaliśmy od takiej osoby – chyba że wspólnie uzgodnimy inny sposób.
 9. Informacje o naszej wypłacalności i kondycji finansowej udostępniamy na stronie www.aviva.pl.

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWU uchwałą z 6 października 2021 r. OWU wchodzi w życie 11 października 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/SNW/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku – śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która następuje:

- 1) w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej,
- 2) w ciągu 180 dni od tego wypadku.

Pozostałe pojęcia, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – pojęć tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie z Umowy dodatkowej wypłacamy Uprawnionemu do Świadczenia z Umowy głównej.
2. Jeśli Ubezpieczony umiera wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wypłacamy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
- 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia,
- 3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) skróconego odpisu aktu zgonu albo kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, w których jest określona przyczyna i okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku została spowodowana lub miała miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej kończy się w przypadkach określonych w OWU.

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ŚMIERCI WSKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO NR PGZ/SWK/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego – śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego, która następuje:

- 1) w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 2) w ciągu 180 dni od tego wypadku,
- Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym, i któremu uległ Ubezpieczony, jako:
- 1) pieszy,

- 2) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,
- 3) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,
- 4) kierujący pojazdem szynowym.

Pozostałe pojęcia, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – pojęć tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego.



Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie z Umowy dodatkowej wypłacamy Uprawnionemu do otrzymania Świadczenia z Umowy głównej.
2. Jeśli Ubezpieczony umrze wskutek Wypadku komunikacyjnego, wypłacamy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu Śmierci wskutek Wypadku komunikacyjnego.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
- 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia,
- 3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Wypadku komunikacyjnego,
- 4) skróconego odpisu aktu zgonu albo kopii karty zgonu lub dokumentacji medycznej, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli

nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to prosimy o dostarczenie innych, w których została określona przyczyna i okoliczności zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Śmierć wskutek Wypadku komunikacyjnego została spowodowana lub miała miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej kończy się w przypadkach określonych w OWU.

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TUZ/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (Trwały uszczerbek) – utrwalone dolegliwości u Ubezpieczonego, które zmniejszają sprawność poszczególnych narządów lub organów, brak części organizmu lub zaburzenia czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy, które:

- 1) są następstwem Nieszczęśliwego wypadku i
- 2) wystąpiły w ciągu 180 dni od tego wypadku.

Pozostałe pojęcia, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – pojęć tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Trwały uszczerbek, którego doznał Ubezpieczony.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Jeśli Ubezpieczony dozna Trwałego uszczerbku, to wypłacamy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, który odpowiada określonej procentowo wysokości Trwałego uszczerbku. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Wysokość Trwałego uszczerbku ocenia wyznaczony przez nas lekarz:
 - 1) gdy Ubezpieczony skończy leczenie i rehabilitację, i
 - 2) nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Za wszystkie Trwałe uszczerbki, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacamy maksymalnie 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
5. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte uszczerbkiem przed Nieszczęśliwym wypadkiem na skutek innego urazu, choroby lub wady wrodzonej, stopień Trwałego uszczerbku określamy jako różnicę pomiędzy:
 - 1) aktualnym stopniem Trwałego uszczerbku a
 - 2) stopniem trwałego uszczerbku przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem.

Jeśli nie jest możliwe określenie, w jakim stopniu funkcje narządu albo układu były naruszone przed Nieszczęśliwym wypadkiem, to przyjmujemy, że wcześniejszy trwały uszczerbek nie istniał.

6. W razie utraty lub uszkodzenia narządu lub układu, których funkcje były już dotknięte Trwałym uszczerbkiem, za który wypłaciliśmy Świadczenie, stopień Trwałego uszczerbku określamy jako różnicę pomiędzy:
 - a) aktualnym stopniem Trwałego uszczerbku a
 - b) stopniem Trwałego uszczerbku, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
7. Za wielomiejscowe uszkodzenie kończyny wypłacamy najwyżej tyle, ile wypłacilibyśmy za utratę odpowiednio części lub całości kończyny.
8. Jeśli leczenie i rehabilitacja trwają dłużej niż 6 miesięcy, Ubezpieczony może wnioskować o wypłatę bezspornej części Świadczenia. W takim przypadku wypłacamy połowę minimalnego Świadczenia, które zgodnie z naszymi przewidywaniami należne będzie Ubezpieczonemu po całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji. Obliczamy je na podstawie przedstawionych przez Ubezpieczonego dokumentów i opinii naszego lekarza. Gdy po zakończeniu leczenia i rehabilitacji będziemy obliczać końcowe Świadczenie, odejmiemy od niego Świadczenie wypłacone wcześniej.
9. Jeśli wypłacimy Świadczenie, a potem – w ciągu 24 miesięcy od Nieszczęśliwego wypadku – pogorszy się stan zdrowia Ubezpieczonego w związku z doznany Trwałym uszczerbkiem, to ponownie ocenimy wysokość tego Trwałego uszczerbku. W takim przypadku, jeśli lekarz stwierdził powiększenie Trwałego uszczerbku, wypłacamy Świadczenie w wysokości procentu Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, który stanowi różnicę pomiędzy pierwotnie przyznanym stopniem Trwałego uszczerbku a Trwałym uszczerbkiem przyznanym w wyniku ponownej oceny. Zrobimy to jednak, o ile Ubezpieczony zawniósł nam zaświadczanie lekarskie, które pozwolą na taką ocenę.
10. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarcza nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Ubezpieczonemu, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Ubezpieczony nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmówić wypłaty Świadczenia.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
- 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- 3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

1. Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Trwały uszczerbek został spowodowany lub miał miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej.



2. Nie wypłacamy Świadczenia jeśli Trwały uszczerbek ma charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, który to Trwały uszczerbek jest potwierdzony w dokumentacji medycznej.

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej kończy się w przypadkach określonych w OWU.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ KALECTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/TIN/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku (Kalectwo) – uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, które następuje w ciągu 180 dni od dnia tego wypadku i jest wskazane w tabeli Kalectwa.

Pozostałe pojęcia, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – pojęć tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku, którego doznał Ubezpieczony.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Jeśli Ubezpieczony dozna Kalectwa, to wypłacamy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, zgodnie z tabelą Kalectwa.
3. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Suma Świadczeń, jakie wypłacimy:
 - 1) w związku z jednym Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 2) w trakcie trwania Umowy dodatkowej,
 nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.

5. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarcza nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Ubezpieczonemu, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Ubezpieczony nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
- 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- 3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Kalectwo zostało spowodowane lub miało miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

Poza przypadkami wskazanymi w OWU ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej kończy się, gdy łączna kwota wypłaconych przez nas Świadczeń w związku z doznany Kalectwem osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.

Art. 8 Tabela Kalectwa

L.p.	Rodzaj Kalectwa	Stopień Kalectwa/ Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia
1.	Utrata wzroku w obojgu oczach	100%
2.	Utrata jednego oka	50%
3.	Całkowita utrata słuchu	100%
4.	Utrata słuchu w jednym uchu	30%
5.	Encefalopatia pourazowa	100%
6.	Utrata kończyny dolnej	75%
7.	Utrata kończyny górnej	75%
8.	Utrata jednego podudzia	70%
9.	Utrata jednego przedramienia	70%
10.	Utrata dłoni	60%
11.	Amputacja wszystkich palców u ręki	50%
12.	Utrata stopy	50%
13.	Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
14.	Unieruchomienie stawu barkowego	40%
15.	Amputacja wszystkich palców u stopy	30%
16.	Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu	30%



L.p.	Rodzaj Kalectwa	Stopień Kalectwa/ Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia
17.	Utrata co najmniej 3 palców u jednej dłoni (bez kciuka)	25%
18.	Unieruchomienie stawu kolanowego	20%
19.	Amputacja kciuka	10%

Pojęcia, których używamy w tabeli Kalectwa, oznaczają:

- 1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
- 2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,
- 3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny, który występuje po przebytych, udokumentowanych urazach głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
- 4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu:
 - a) biodrowego lub
 - b) barkowego, lub
 - c) kolanowego,
 w stopniu większym niż 50%,

- 5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane uszkodzeniem:
 - a) w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i więzadeł, jak i
 - b) innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo-więzadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa.
 Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym to skrócenie będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGZ/NPW/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

1. **Działalność zarobkowa** – działalność, którą Ubezpieczony prowadzi:
 - 1) w sposób zorganizowany i ciągły w celu osiągnięcia zysku lub dochodu oraz
 - 2) we własnym imieniu i na własny lub cudzy rachunek,
2. **Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku (Niezdolność do pracy)** – stan w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który rozpoczyna się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej oraz:
 - 1) jeśli Ubezpieczony nie ukończył 65 lat – przez co najmniej 12 miesięcy całkowicie uniemożliwia mu wykonywanie jakiejkolwiek Działalności zarobkowej, a po upływie tego czasu taki stan ma charakter trwały i nieodwracalny,
 - 2) jeśli Ubezpieczony ukończył 65 lat i nie ukończył 67 lat:
 - a) przez co najmniej 12 miesięcy całkowicie uniemożliwia mu samodzielną egzystencję, przez co rozumiemy brak możliwości wypełniania co najmniej 3 z podstawowych aktywności codziennego życia (mycie się, ubieranie się, przemieszczanie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych, spożywanie posiłków) albo
 - b) oznacza utratę obu kończyn dolnych albo obu kończyn górnych, albo widzenia w obu oczach. Utrata oznacza amputację lub trwałą brak możliwości posługiwania się obiema nogami, obiema rękoma albo obojgiem oczu.

Pozostałe pojęcia, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – pojęć tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest Niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Jeśli u Ubezpieczonego zostanie potwierdzona Niezdolność do pracy, wypłacamy Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień, w którym Ubezpieczony:
 - 1) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek Działalności zarobkowej albo
 - 2) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do samodzielnej egzystencji lub utracił obie nogi, obie ręce lub widzenie w obojgu oczach.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
- 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- 3) dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) dokumentacji medycznej z leczenia, w tym karty leczenia szpitalnego, karty historii choroby.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Niezdolność do pracy została spowodowana lub miała miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

Poza przypadkami wskazanymi w OWU ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej kończy się, gdy wypłacimy Świadczenie w związku z wystąpieniem Niezdolności do pracy.

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.



OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

NR PGZ/PZK/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

- Poważne zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego określone w Tabeli Poważnych zachorowań, które:
 - wystąpiły w czasie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, i
 - w czasie tej ochrony spełniają warunki zawarte w definicji danego Poważnego zachorowania,
- Tabela Poważnych zachorowań (Tabela)** – tabela, w której wymieniamy i definiujemy Poważne zachorowania. Wskazujemy w niej także procent Sumy ubezpieczenia przypisany dla danego Poważnego zachorowania.

Pozostałe pojęcia, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – pojęć tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania.
- Umowę dodatkową można zawrzeć w jednej z trzech wersji, które różnią się liczbą Poważnych zachorowań w zakresie ubezpieczenia:
 - wersja 1 – 11 Poważnych zachorowań,
 - wersja 2 – 21 Poważnych zachorowań,
 - wersja 3 – 46 Poważnych zachorowań.

Każde Poważne zachorowanie zakwalifikowaliśmy do jednej z pięciu grup. Poszczególne wersje i grupy określiliśmy w Tabeli.

- Nie wypłacamy Świadczenia, jeśli Poważne zachorowanie wystąpiło w czasie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej i jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem.
- Jeśli Poważne zachorowanie wystąpiło po upływie pierwszych 120. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, to wypłacamy Świadczenie także wtedy, gdy Poważne zachorowanie było spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwy wypadek. Wysokość tego Świadczenia w 121. dniu ochrony ubezpieczeniowej wynosi 2% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej i wzrasta począwszy od 121. dnia ochrony ubezpieczeniowej o 2% dziennie, aby 170. dnia ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej Świadczenie było równe 100% Świadczenia, określonego w Tabeli dla danego Poważnego zachorowania.
- Powyższe zasady stosujemy także w przypadku:
 - podwyższenia Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej określonej dla Ubezpieczonego – od dnia obowiązywania nowej Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższona została Suma ubezpieczenia,
 - zmiany wersji Umowy dodatkowej – od dnia obowiązywania nowej wersji – w odniesieniu do Poważnych zachorowań, o które został rozszerzony zakres ubezpieczenia,
 - wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, która wygasła w wyniku co najmniej 14-dniowego opóźnienia w opłaceniu Składki – od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

- Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
- W razie Poważnego zachorowania wypłacamy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, ustalonego zgodnie z Tabelą.
- Przy ustalaniu wysokości Świadczenia uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania. Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania wskazujemy w Tabeli.

- Gdy wypłacimy Świadczenie za Poważne zachorowanie z grupy I, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej danego Ubezpieczonego wygasa.
- Gdy wypłacimy Świadczenie za Poważne zachorowanie z grup II–IV, wygasa ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego w zakresie Poważnych zachorowań z danej grupy oraz z tytułu Poważnych zachorowań z grupy I.
- Jeśli wypłacimy Świadczenie za Poważne zachorowanie z grup II–IV, to kolejne Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania z tych grup wypłacimy, o ile to Poważne zachorowanie wystąpi po upływie 365 dni od dnia wystąpienia poprzedniego Poważnego zachorowania, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
- Trzecia wypłata Świadczenia za Poważne zachorowanie z grup II–IV wyniesie 10% Świadczenia, które wynika z Tabeli.
- Gdy obliczamy wysokość Świadczenia z tytułu wystąpienia kolejnego Poważnego zachorowania z grupy V, sumujemy procenty Sumy ubezpieczenia określone w Tabeli, które były przypisane wcześniej wypłaconym Świadczeniom za Poważne zachorowania z tej grupy. Jeśli suma ta osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, to kończy się ochrona ubezpieczeniowa danego Ubezpieczonego z tytułu Poważnych zachorowań grupy V, a procent Sumy ubezpieczenia, który stosujemy do obliczenia ostatniego wypłacanego Świadczenia za Poważne zachorowania z grupy V obniżamy tak, aby łącznie z wcześniej wypłaconymi Świadczeniami nie przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.

Zasada ta nie dotyczy Świadczenia z tytułu Gruźlicy leczonej szpitalnie – w tym przypadku wypłacamy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania, ale nie więcej niż 15 000 zł.

- Za to samo Poważne zachorowanie z grupy V wypłacamy Świadczenie tylko raz.
- Jeśli Ubezpieczony podda się Angioplastyce naczyń wieńcowych, wypłacamy Świadczenie w wysokości 100 % Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, ale nie więcej niż 15 000 zł.
- Wypłata Świadczenia za Angioplastykę naczyń wieńcowych nie wpływa na uprawnienia do pozostałych Świadczeń ani na ich liczbę.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia i kiedy je wypłacamy

Abymy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- wniosku o wypłatę Świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
- innych dokumentów, które dotyczą Poważnego zachorowania – na nasz wniosek.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

- Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub miało miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej lub jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem powstało w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV (nie dotyczy wystąpienia Poważnego zachorowania – Zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych określonego w Tabeli).
- Nie wypłacamy Świadczenia, jeśli Poważne zachorowanie jest skutkiem Nieprawidłowości zdrowotnych.
- Nie wypłacamy Świadczenia, jeśli Poważne zachorowanie występuje w czasie 5 lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej i jeśli przed tym dniem u Ubezpieczonego zdiagnozowano lub leczono:
 - nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
 - chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału serca,
 - chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu) albo Angioplastyki naczyń wieńcowych.



4. Nie wypłacamy Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, jeśli Ubezpieczony umrze w ciągu:
- 1) 30 dni od dnia wystąpienia Poważnego zachorowania: Ciężkiej sepsy (Posocznicy), Niedokrwistości aplastycznej (Aplazji szpiku), Nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, Nowotworu złośliwego w stadium przedinwazyjnym, Operacji mózgu, Porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, Pourazowego uszkodzenia mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, Przeszczepu narządów, Ropnia mózgu skutkującego drenażem przez kraniotomię, Rozległego oparzenia, Śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne, Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Usunięcia płuca (Pneumonektomii),
 - 2) 14 dni od dnia wystąpienia Poważnego zachorowania: Amputacji kończyn, Choroby Leśniowskiego-Crohna skutkującej rozle-

głą resekcją jelita, Infekcyjnego zapalenia wsierdza, Łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Operacji aorty, Operacji tętnicy płucnej, Operacji zastawek serca, Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu), Wrzodziejącego zapalenia jelita grubego skutkujące jego usunięciem, Zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, Zawału serca.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

Poza przypadkami wskazanymi w OWU ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej kończy się, gdy:

- 1) wypłacimy Świadczenie za wystąpienie Poważnego zachorowania z grupy I,
- 2) wypłacimy trzecie Świadczenie za wystąpienie Poważnego zachorowania z grupy II-IV.

Art.8 Tabela Poważnych Zachorowań

Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
Grupa I						
1.	Przeszczep narządów – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka lub szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku białego. Poważnym zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregośkolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem	100%	100%	100%	zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep albo dzień wykonania Przeszczepu narządu – jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa w związku z wystąpieniem kolejnego Poważnego zachorowania z każdej grupy
2.	Schyłkowa niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii. Poważne zachorowanie stwierdza nefrolog. Poważnym zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii	100%	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	
3.	Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne: a) który trwa w sposób ciągły i wymaga intubacji oraz mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin oraz b) którego skutkiem jest trwały, nierokujący możliwości poprawy ubytek neurologiczny, stwierdzony przez neurologa. Ubezpieczenie nie obejmuje śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę	100%	100%	100%		
4.	Schyłkowa niewydolność oddechowa – schyłkowe stadium choroby płuc, które spowodowało znaczne obniżenie wydolności oddechowej. Poważne zachorowanie stwierdza pulmonolog na podstawie wystąpienia łącznie wszystkich poniższych kryteriów: a) natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymuje się na poziomie poniżej jednego litra w 3 kolejnych badaniach wykonanych w odstępie co najmniej 1 miesiąca, b) występuje konieczność stosowania przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii), c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej poniżej 55 mm Hg (pO ₂ < 55 mm Hg), według wyniku badania gazometrycznego krwi tętniczej, d) występuje duszność spoczynkowa, gdy nie stosuje się suplementacji tlenowej	-	-	100%		



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
5.	<p>Schyłkowa niewydolność wątroby – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby, która przebiega z występowaniem co najmniej dwóch z wymienionych objawów przez co najmniej 3 miesiące udokumentowanej obserwacji lekarskiej:</p> <p>a) trwała żółtaczka, b) wodobrzusze niepoddające się leczeniu, c) encefalopatia wrotna, d) żylaki przełyku (wystarczy jednokrotne stwierdzenie w badaniu gastrokopowym).</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza hepatolog lub gastroenterolog podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje niewydolności wątroby, która jest skutkiem nadużywania lub zażycia:</p> <ul style="list-style-type: none"> leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza lub dopuszczana przez producenta, leków niezaleconych przez lekarza, które są wydawane na receptę 	-	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa w związku z wystąpieniem kolejnego Poważnego zachorowania z każdej grupy
6.	<p>Stwardnienie rozsiane – choroba zapalna układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami demielinizacyjnymi.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie aktualnych międzynarodowych kryteriów diagnostycznych (Kryteria McDonalda).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> rozpoznania tzw. klinicznie izolowanego zespołu CIS (ang. clinically isolated syndrome), procesów demielinizacyjnych nie zakończonych jednoznacznym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, w tym rozpoznania prawdopodobnego stwardnienia rozsianego (ang. possible MS) 	-	100%	100%		
Grupa II						
7.	<p>Angioplastyka naczyń wieńcowych – zabieg, który:</p> <p>a) polega na udrożnieniu zwężonych lub zamkniętych naczyń wieńcowych oraz</p> <p>b) jest wykonany po raz pierwszy, oraz</p> <p>c) jest wykonany przy użyciu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), angioplastyki balonowej lub innych podobnych metod, oraz</p> <p>d) zlecił go kardiolog na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie jednej lub więcej tętnic wieńcowych</p>	-	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	dzień wykonania zabiegu/ przeprowadzenia operacji	Wypłata: - nie kończy ochrony ubezpieczeniowej, która dotyczy pozostałych Poważnych zachorowań z grupy II - nie zmniejsza liczby możliwych do uzyskania Świadczeń
8.	<p>Operacja aorty – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty piersiowej lub brzusznej (z wyłączeniem ich odgałęzień), wykonana drogą laparotomii lub torakotomii.</p> <p>Operacja ta polega na:</p> <p>a) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty lub</p> <p>b) usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> operacji, które wykorzystują mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórnych operacji naprawczych, polegających na wprowadzeniu stentu do aorty, operacyjnego leczenia zastawek aorty 	100%	100%	100%		Kończy się ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań z grupy I oraz z grupy II – poza Angioplastyką naczyń wieńcowych
9.	<p>Pomostowanie aortalno wieńcowe (Bypass) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe</p>	100%	100%	100%		



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
10.	<p>Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne – martwica tkanki mózgowej (również mózdzku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:</p> <p>a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,</p> <p>b) obecność nowych trwałych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania,</p> <p>c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, • wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu). 	100%	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań z grupy I oraz z grupy II – poza Angioplastyką naczyń wieńcowych
11.	<p>Zawał serca – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia Poważnego Zachorowania jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:</p> <p>a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,</p> <p>b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,</p> <p>c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie,</p> <p>d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,</p> <p>e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym.</p> <p>Za Zawał serca objęty ubezpieczeniem nie uznajemy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi 	100%	100%	100%		
12.	<p>Operacja zastawek serca – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu albo bez otwierania serca, która polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Operacja ta może być również wykonana przy użyciu mikrochirurgii lub kardiologicznych technik śródnaczyniowych, takich jak przeszskórna operacja naprawcza zastawek serca. Konieczność przeprowadzenia operacji stwierdza kardiolog, na podstawie wyników badań medycznych</p>	-	100%	100%	dzień wykonania zabiegu/ przeprowadzenia operacji	
13.	<p>Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie – zamknięcie światła tętnicy płucnej materiałem zatorowym, w wyniku którego został wykonany w trybie nagłym zabieg nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej (embolektomii) przy otwartej klatce piersiowej.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje zatorów płucnych leczonych przy użyciu technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych</p>	-	-	100%		



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
Grupa III						
14.	<p>Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do nowotworów złośliwych zaliczamy także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki a także inne zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym.</p> <p>Rozpoznanie Poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości, nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, the 8th Edition of the TNM Classification i następnych), nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa, nowotworów gruczołu krokowego: <ul style="list-style-type: none"> w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM, poza takimi nowotworami w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony, poza takimi nowotworami, dla których stopień zaawansowania według klasyfikacji TNM nie został określony i dla których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi co najmniej 7, raków brodawkowatych ani pęcherzykowych tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, guzów granicznych jajnika w stadium IA ani IB według klasyfikacji FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne), chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p>	100%	100%	100%	dzień wykonania badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano Poważne zachorowanie	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań z grupy I oraz z grupy III
15.	<p>Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią interwencyjną lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwały ubytek neurologiczny przez co najmniej 3 miesiące. Napady padaczkowe nie oznaczają trwałego ubytku neurologicznego w rozumieniu tej definicji. Guza stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych, krwinków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego</p>	-	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
16.	<p>Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku) – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku, która przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25%.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza hematolog na podstawie występowania co najmniej 2 spośród 3 poniższych nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) całkowita liczba granulocytów poniżej 500/mm³, b) liczba płytek krwi poniżej 20 000/mm³, c) liczba retykulocytów poniżej 20 000/mm³.</p> <p>Ponadto Ubezpieczony musi spełnić jeden z poniższych warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> • musi być leczony co najmniej 2 przetoczeniami preparatów krwiopochodnych lub preparatami stymulującymi czynność szpiku kostnego w ciągu 3 kolejnych miesięcy, • otrzymywać leczenie immunosupresyjne, • poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przejściowej lub odwracalnej postaci niedokrwistości aplastycznej</p>	-	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań z grupy I oraz z grupy III
Grupa IV						
17.	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata mowy – całkowita utrata funkcji mowy, którą spowodowało nieodwracalne uszkodzenie krtani lub nieodwracalne uszkodzenie ośrodką mowy w mózgu w wyniku choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza laryngolog lub neurolog, gdy całkowita utrata funkcji mowy utrzymuje się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje utraty mowy spowodowanej zaburzeniami psychicznymi</p>	100%	100%	100%	upływanie 6 miesięcy od wystąpienia tej utraty	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań z grupy I oraz z grupy IV
18.	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach, którą spowodowała choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza okulista.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym</p>	100%	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	
19.	<p>Rozległe oparzenie – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała.</p> <p>Rozpoznanie Poważnego zachorowania musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi</p>	100%	100%	100%		
20.	<p>Amputacja kończyn – jednoczesna utrata co najmniej dwóch kończyn lub ich części w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego wypadku:</p> <p>a) na poziomie stawu skokowego lub powyżej - w przypadku kończyny dolnej, b) na poziomie nadgarstka lub powyżej - w przypadku kończyny górnej</p>	-	100%	100%		
21.	<p>Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków, którą powoduje choroba lub uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje utraty słuchu, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym aparatem słuchowym lub leczeniem operacyjnym (także z wszczepieniem implantu ślimakowego)</p>	-	100%	100%		



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
22.	<p>Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej dwóch kończyn, którą spowodowały Nieszczęśliwy Wypadek lub choroba oraz która nie rokuje poprawy i występuje przez co najmniej 3 kolejne miesiące.</p> <p>Rozpoznanie i zakres zmian stwierdza neurolog.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje osłabienia siły mięśni, które przejawia się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych)</p>	-	100%	100%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Kończy się ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań z grupy I oraz z grupy IV
Grupa V						
23.	<p>Gruźlica leczona szpitalnie – zakażenie prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) w stadium aktywnej choroby z zajęciem płuca i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu. W wyniku tego zakażenia zostało podjęte pełne leczenie przeciwprątkowe podczas pobytu w szpitalu.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia Poważnego zachorowania są:</p> <p>a) objawy charakterystyczne dla aktywnej choroby, b) wyniki badań obrazowych i bakteriologicznych</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe, beobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, ujawnionej jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej 	-	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	dzień wykonania badania diagnostycznego, na podstawie którego rozpoznano tę gruźlicę, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne	Wypłata nie kończy ochrony ubezpieczeniowej, która dotyczy pozostałych Poważnych zachorowań z grupy V
24.	<p>Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która doprowadziła do trwałego otępienia, zaniku pamięci oraz zaburzeń intelektualnych, w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie testów klinicznych i kwestionariuszy, które potwierdzają trwałe zaburzenia poznawcze w zapamiętywaniu, rozumowaniu oraz myśleniu abstrakcyjnym.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS)</p>	-	-	50%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Jeśli łączna kwota wypłaconych Świadczeń przekroczyła 100% Sumy ubezpieczenia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań grupy V
25.	<p>Choroba Creutzfeldta-Jacoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – postępująca choroba układu nerwowego, która doprowadziła do: zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej i szybko postępującego otępienia oraz zaburzenia funkcji ruchu a tym samym – do stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wyników badań EEG i badań obrazowych</p>	-	-	50%		
26.	<p>Choroba neuronu ruchowego (Stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego lub neuronów drogi piramidowej.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie:</p> <p>a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz b) trwałych ubytków neurologicznych, które doprowadziły do zaburzeń motoryki i które utrzymują się nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące</p>	-	-	50%		



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
27.	<p>Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie trwałych ubytków neurologicznych.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje zespołu Parkinsona, który został wywołany przez czynniki toksyczne</p>	-	-	50%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Jeśli łączna kwota wypłaconych Świadczeń przekroczyła 100% Sumy ubezpieczenia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań grupy V
28.	<p>Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – pierwotna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która spowodowała postępujący zanik mięśni i doprowadziła do trwałych zaburzeń ich funkcji – w stadium trwałej utraty możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie:</p> <p>a) standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, oraz</p> <p>b) wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków postępującego zaniku mięśni, który jest spowodowany przyczynami neurologicznymi lub naczyniowymi</p>	-	-	50%		
29.	<p>Postępująca twardzina układowa (Sklerodermia uogólniona) – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym, która przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza reumatolog lub dermatolog, na podstawie wyników biopsji i badań serologicznych oraz na podstawie zajęcia procesem chorobowym serca, płuc lub nerek.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijne stwardnienia powłok lub ograniczone plamy – morphea),</p> <p>b) eozynofilowego zapalenia powięzi,</p> <p>c) zespołu CREST</p>	-	-	50%		
30.	<p>Postępujące porażenie nadjądrowe – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która doprowadziła do całkowitego unieruchomienia Ubezpieczonego.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza ostatecznie neurolog na podstawie standardów medycznych, które obowiązują w chwili rozpoznawania tego zachorowania, w tym na podstawie wystąpienia stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy</p>	-	-	50%		
31.	<p>Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które powstało w wyniku Nieszczęśliwego wypadku i spowodowało wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych oraz trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <p>a) uszkodzenia rdzenia kręgowego,</p> <p>b) zaburzeń czynności lub uszkodzenia mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub są skutkiem choroby, w tym występującej nagle</p>	-	-	50%		



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
32.	<p>Toczeń rumieniowaty układowy (SLE) – choroba autoimmunologiczna, która przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi.</p> <p>Podstawą do stwierdzenia Poważnego zachorowania są standardy medyczne obowiązujące w chwili jego rozpoznawania, które obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) przynajmniej jednokrotne stwierdzenie obecności przeciwciał ANA w mianie $\geq 1:80$ oraz b) sumę punktów w kryteriach dodatkowych według EULAR/ACR ≥ 10 z obecnością co najmniej jednego objawu z domeny klinicznej. <p>Ubezpieczenie nie obejmuje tocznia rumieniowatego układowego polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego</p>	-	-	50%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Jeśli łączna kwota wypłaconych Świadczeń przekroczyła 100% Sumy ubezpieczenia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań grupy V
33.	<p>Usunięcie płuca (Pneumonektomia) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej, która polega na usunięciu całego płuca. Konieczność przeprowadzenia operacji musi wynikać z choroby albo urazu, który jest skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje operacji, która polega na usunięciu jedynie części płuca (płata lub segmentu)</p>	-	-	50%	dzień wykonania zabiegu/ przeprowadzenia operacji	
34.	<p>Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, które spowodowało zaburzenia funkcji mózgu.</p> <p>Poważne zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) trwałych ubytków neurologicznych, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby oraz b) wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, który potwierdza bakteryjną przyczynę zachorowania 	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	
35.	<p>Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która doprowadziła do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz przeprowadzenia przynajmniej częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego).</p> <p>Rozpoznanie Poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego</p>	-	-	25%	dzień wykonania badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano Poważne zachorowanie	
36.	<p>Ciężka sepsa (Posocznica) – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) została rozpoznana w czasie pobytu w szpitalu i c) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu. <p>Przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu sepsy, które spełniają kryteria wstrząsu septycznego wg Sepsis-3, również stanowią Poważne zachorowanie w rozumieniu tej definicji.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3)</p>	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych	
37.	<p>Infekcyjne zapalenie wsierdzia – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, które składają się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdzia), stwierdzonych w obrazach echokardiograficznych. Poważne zachorowanie stwierdza lekarz chorób wewnętrznych lub kardiolog na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych, które wykazują obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w 2 różnych posiewach.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje infekcyjnego zapalenia wsierdzia u osób, które przeżyły operację zastawek serca w ciągu 12 miesięcy poprzedzających zapalenie wsierdzia</p>	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
38.	Operacja mózgu – operacja neurochirurgiczna mózgu, wykonana z powodu choroby, w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię, trepanopunkcję lub zatokę klinową, na podstawie wskazań neurochirurga	-	-	25%	dzień wykonania zabiegu/ przeprowadzenia operacji	Jeśli łączna kwota wypłaconych Świadczeń przekroczyła 100% Sumy ubezpieczenia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań grupy V
39.	Operacja tętnicy płucnej – operacja chirurgiczna z wykonaniem sternotomii (otwarcia klatki piersiowej z przecięciem mostka), która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym. Operacja ta jest przeprowadzana na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga	-	-	25%		
40.	Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej, które doprowadziło do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu. Zakażenie to skutkowało operacyjnym otwarciem czaszki przez neurochirurga w celu usunięcia ropnia. Rozpoznanie Poważnego zachorowania musi zostać potwierdzone wynikami tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI)	-	-	25%		
41.	Tężec leczony szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (<i>Clostridium tetani</i>). Leczenie Poważnego zachorowania polega na dożylniej antybiotykoterapii oraz podaniu Ubezpieczonemu surowicy przeciw tężcowej w czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Podstawą do stwierdzenia Poważnego zachorowania jest jeden z następujących objawów: a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękoscisk lub uśmiech sardoniczny), b) bolesne skurcze mięśni tułowia, c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus). Poważne zachorowanie musi być także potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych	
42.	Wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku). Poważne Zachorowanie stwierdza neurolog na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od początku choroby	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	
43.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, z objawami ogólnoustrojowymi, krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażających pęknięciem jego ściany, która doprowadziła do całkowitego chirurgicznego usunięcia jelita grubego (kolektomia totalna). Rozpoznanie Poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego	-	-	25%	dzień wykonania badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano Poważne zachorowanie	
44.	Wścieklizna leczona szpitalnie – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Lyssa, która przebiega klinicznie w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i skutkuje zastosowaniem leczenia w warunkach szpitalnych. Podstawą do stwierdzenia Poważnego zachorowania są obowiązujące kliniczne kryteria diagnostyczne i kryteria laboratoryjne, które określa Państwowy Zakład Higieny	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych	



Lp.	Poważne zachorowanie	Wersja			Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania	Ochrona ubezpieczeniowa po wypłacie Świadczenia z grupy
		1	2	3		
		Świadczenie jako % Sumy ubezpieczenia				
45.	<p>Zakażenie wirusem HIV / zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych – choroba, która wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) i którą potwierdzają pozytywne wyniki 2 testów: test na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz test Western Blot lub PCR. Poważne zachorowanie musi być spowodowane przetoczeniem krwi lub preparatów krwiopochodnych, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich warunków podanych poniżej:</p> <p>a) przetoczenie to było niezbędne z medycznego punktu widzenia,</p> <p>b) przetoczenie miało miejsce po zawarciu pierwszej Umowy dodatkowej,</p> <p>c) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,</p> <p>d) krew lub preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa), a samo przetoczenie miało miejsce w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,</p> <p>e) Ubezpieczony nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani hemofilię.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi lub preparatów krwiopochodnych, w tym przypadków, gdy do zakażenia doszło w następstwie kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków</p>	-	-	25%	dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego zachorowania	Jeśli łączna kwota wypłaconych Świadczeń przekroczyła 100% Sumy ubezpieczenia, wygasa ochrona ubezpieczeniowa, która dotyczy Poważnych zachorowań grupy V
46.	<p>Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który jest ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych.</p> <p>Rozpoznanie Poważnego zachorowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego.</p> <p>Do Nowotworów złośliwych w stadium przedinwazyjnym / niskim stadium zaawansowania zaliczamy wyłącznie następujące zmiany chorobowe:</p> <p>a) rak przedinwazyjny - carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer - AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą,</p> <p>b) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne,</p> <p>c) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,</p> <p>d) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) według klasyfikacji TNM lub których stopień zaawansowania w klasyfikacji TNM nie został określony, a których złośliwość nowotworu według sumy Gleasona wynosi mniej niż 7,</p> <p>e) raki brodawkowe lub pęcherzykowe tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM,</p> <p>f) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa.</p> <p>Ubezpieczenie nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> dysplazji, zmian przedrakowych innych niż wymienione powyżej, nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, guzów granicznych jajnika, chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych nowotworów współistniejących z infekcją HIV. <p>Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia</p>	-	-	10%	dzień wykonania badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano Poważne zachorowanie	



OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ZACHOROWANIA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RAKASSISTANCE NR PGZ/PNZ/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

1. **Cykl Chemioterapii lub Radioterapii (Cykl)** – wielokrotne podawanie leku lub stosowanie napromieniowania, przeprowadzane podczas Hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym w celu spowolnienia procesu nowotworowego. Obie metody stanowią podstawowy element programu leczenia Nowotworu złośliwego – leczenia, w trakcie którego lekarz prowadzący dopasowuje do potrzeb chorego:

- 1) leki cytostatyczne,
- 2) drogi podania leków,
- 3) sposób napromieniowania,
- 4) rodzaj napromieniowania,
- 5) dawki napromieniowania,
- 6) liczbę podań leku/ napromieniowań,
- 7) długości przerw pomiędzy kolejnymi Cyklami,

2. **Diagnoza** – rozpoznanie Nowotworu złośliwego dokonane i potwierdzone przez lekarza na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Za dzień postawienia Diagnozy przyjmujemy dzień wykonania badania histopatologicznego,

3. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu – pobyt, który:

- 1) jest odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów oraz
- 2) rozpoczyna się w trakcie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej,

4. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:

- 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
- 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.

Szpitałem nie jest:

- 1) ośrodek opieki dla przewlekle chorych,
- 2) ośrodek leczenia uzależnień,
- 3) ośrodek rehabilitacji,
- 4) ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy,
- 5) zakład lecznictwa uzdrowskiego – w tym szpital uzdrowski ani szpital uzdrowskowo-rehabilitacyjny,
- 6) szpitalny oddział ratunkowy (SOR),

5. **Nowotwór złośliwy** – guz złośliwy, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do Nowotworów złośliwych zaliczamy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Diagnoza Nowotworu złośliwego musi zostać postawiona na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzona przez lekarza. Do Nowotworów złośliwych nie zaliczamy:

- 1) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (The American Joint Committee on Cancer, the 7th Edition TNM Classification i następane) ani
- 2) nowotworów skóry – poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, ani
- 3) nowotworów gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
- 4) nowotworów tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
- 5) nowotworów współistniejących z infekcją HIV, także (ale nie wyłącznie) chłoniaków ani mięsaków Kaposiego,

6. **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, którą wypłacamy w przypadku Diagnozy Nowotworu złośliwego,

7. **Świadczenie dopetniające** – kwota, którą wypłacamy, jeśli zły stan zdrowia:

- 1) uniemożliwia dalszą pracę i skutkuje rozwiązaniem umowy o pracę, wyrejestrowaniem działalności gospodarczej lub uzyskaniem decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej, i
- 2) jest następstwem Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza,

8. **Świadczenie uzupełniające** – kwota, którą wypłacamy dodatkowo, gdy podczas leczenia Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza, wystąpią okoliczności wskazane w Tabeli Świadczeń Rakassistance,

9. **Tabela Świadczeń Rakassistance (Tabela)** – tabela, na podstawie której wskazujemy wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego, Świadczenia dopetniającego i Świadczenia uzupełniającego.

Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:

- 1) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego. Diagnoza musi być postawiona i potwierdzona przez lekarza specjalistę w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej,
- 2) uznanie Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej – za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku z zachorowaniem na Nowotwór złośliwy. Niezdolność do pracy zarobkowej musi być poświadczona decyzją właściwego organu rentowego.

3. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, wypłacamy Świadczenie, którego wysokość obliczamy według Tabeli i następujących zasad:

- 1) jeżeli do zdarzenia dojdzie w czasie pierwszych 30 dni ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej wypłacamy 10% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą,
- 2) jeżeli do zdarzenia dojdzie w czasie od 31. dnia do 60. dnia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej wypłacamy 40% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą,
- 3) jeżeli do zdarzenia dojdzie w czasie od 61. dnia do 90. dnia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej wypłacamy 70% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą,
- 4) jeżeli do zdarzenia dojdzie po upływie 90 dni ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej wypłacamy 100% Świadczenia obliczonego zgodnie z Tabelą.

4. Powyższe zasady stosujemy także w przypadku:

- 1) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej określonej dla Ubezpieczonego – od dnia obowiązywania nowej Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższona została Suma ubezpieczenia,
- 2) wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, która wygasta w wyniku co najmniej 14-dniowego opóźnienia w opłaceniu Składki – od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego lub Świadczenia uzupełniającego uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu Diagnozy.
3. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia dopetniającego uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu uznania Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku ze zdiagnozowaniem u niego Nowotworu złośliwego.
4. Jeśli u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowany Nowotwór złośliwy to wypłacamy Świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z pozycją nr 1 Tabeli.



5. Jeśli zły stan zdrowia Ubezpieczonego będzie się przeciągał z powodu Nowotworu złośliwego – za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy Świadczenie ubezpieczeniowe i z tego powodu Ubezpieczony otrzyma decyzję o niezdolności do pracy zarobkowej, wypłacamy Świadczenie dopełniające – zgodnie z pozycją nr 2 Tabeli.
6. Jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej będzie prowadzone u Ubezpieczonego leczenie Nowotworu złośliwego, za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy Świadczenie ubezpieczeniowe, to wypłacimy Świadczenie uzupełniające – zgodnie z pozycjami nr 3-9 Tabeli.
7. W czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej wypłacamy każde Świadczenie uzupełniające tylko raz – chyba że w Tabeli podano inaczej.
8. Jeśli proces leczenia Nowotworu złośliwego, za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy Świadczenie ubezpieczeniowe, zostanie wznowiony w związku z Nowotworem złośliwym, którego dotyczy Diagnoza:
 - 1) o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub
 - 2) takim samym umiejscowieniu, co oznacza, że Nowotwór złośliwy dotyczy tego samego narządu/ organu lub drugiego takiego samego narządu/ organu (jeśli są symetryczne, np. nerki, płuca), to Świadczenie uzupełniające oraz Świadczenie dopełniające wypłacamy pod warunkiem, że w procesie wcześniej prowadzonego leczenia:
 - 3) nie zostało ono wypłacone albo
 - 4) nie został wyczerpany limit wypłat Świadczeń dla niego ustanowiony.
9. Po wypłacie Świadczenia dopełniającego nasza odpowiedzialność z Umowy dodatkowej jest ograniczona w następujący sposób:
 - 1) w razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego kolejnego Nowotworu złośliwego wypłacamy Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu postawienia kolejnej Diagnozy,
 - 2) Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacamy pod warunkiem, że okres pomiędzy postawieniem Diagnoz wyniesie przynajmniej 365 dni,
 - 3) nie wypłacamy żadnego ze Świadczeń uzupełniających ani Świadczenia dopełniającego, które są związane z kolejnymi Diagnostykami.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia, oraz tych spośród wymienionych poniżej dokumentów, o które poprosimy w toku rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia:
 - 2) wyniku badania histopatologicznego, potwierdzonego przez lekarza specjalistę,
 - 3) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
 - 4) historii choroby, wyników badań, dokumentacji medycznej związanej z wcześniejszymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu,
 - 5) skierowania na Cykl Chemioterapii lub Radioterapii,
 - 6) zlecenia na perukę wystawionego przez uprawnionego lekarza oraz imiennego rachunku, który potwierdza jej zakup,
 - 7) zaświadczenia właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej w związku z Nowotworem złośliwym, którego dotyczy Diagnoza,
 - 8) lekarskiego pisemnego zalecenia wprowadzenia leczenia paliatywnego,
 - 9) innych dokumentów, które wskażemy jako niezbędne do ustalenia wysokości i wypłaty Świadczenia.
2. W przypadku Hospitalizacji, Cyklu Chemio- lub Radioterapii Świadczenie wypłacamy po zakończeniu tych postępowań medycznych.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

1. Nie wypłacamy Świadczenia jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem jest spowodowane Nieprawidłowościami zdrowotnymi.
2. Nie wypłacamy Świadczenia jeśli Nowotwór złośliwy występuje:
 - a) w związku z nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, które są potwierdzone w dokumentacji medycznej,
 - b) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej kończy się w przypadkach, które wskazujemy w OWU.

Art. 8 Tabela

Lp.	Zdarzenie objęte ubezpieczeniem	Świadczenie ubezpieczeniowe jako procent Sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy, która obowiązuje w dniu postawienia Diagnozy
1.	Zdiagnozowanie Nowotworu złośliwego	15%
	Zdarzenie, które warunkuje wypłatę Świadczenia dopełniającego	Świadczenie dopełniające jako procent Sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy, w dniu uzyskania decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej
2.	Uznanie Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku z zachorowaniem na Nowotwór złośliwy, którego dotyczy Diagnoza	N% gdzie N to większa z wartości: <ul style="list-style-type: none"> • 60% albo • 100%, pomniejszone o sumę procentów, które odpowiadają wypłaconym Świadczeniom ubezpieczeniowym i Świadczeniom uzupełniającym
	Okoliczności, które warunkują wypłatę Świadczeń uzupełniających	Świadczenie uzupełniające jako procent Sumy ubezpieczenia z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy, która obowiązuje w dniu postawienia Diagnozy
3.	Zakończenie Hospitalizacji, podczas której prowadzono zachowawcze leczenie Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	5%
4.	Zakończenie Hospitalizacji, podczas której prowadzono operacyjne leczenie Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	10%
5.	Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na Cykl Chemioterapii w celu leczenia Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	3% za Cykl; nie więcej niż za 3 Cykle
6.	Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na Cykl Radioterapii w celu leczenia Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	3% za Cykl; nie więcej niż za 3 Cykle



7.	Poniesienie kosztu zakupu peruki, gdy Ubezpieczony utraci włosy po Chemioterapii lub Radioterapii w przebiegu leczenia Nowotworu złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	6% nie więcej niż 5 000 zł
8.	Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania lekarskiego do rozpoczęcia opieki paliatywnej, czyli przeniesienia Ubezpieczonego do hospicjum albo wdrożenia hospicyjnej opieki w domu w związku ze złym stanem zdrowia Ubezpieczonego spowodowanym Nowotworem złośliwym, którego dotyczy Diagnoza	20%
9.	Przeżycie 5 lat od dnia Diagnozy Nowotworu złośliwego	20%

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO NR PGZ/SPC/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

Leczenie specjalistyczne – terapia, zabieg lub operacja chirurgiczna, które wymieniamy i definiujemy w tabeli Leczeń specjalistycznych i które:

- zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z Umowy dodatkowej, i
- spełniają warunki zawarte w definicji danego Leczenia specjalistycznego.

Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

- Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest przeprowadzenie u Ubezpieczonego Leczenia specjalistycznego.
- Umowę dodatkową można zawrzeć w jednej z trzech wersji, które różnią się liczbą Leczeń specjalistycznych w zakresie ubezpieczenia:
 - wersja 1 – 5 Leczeń specjalistycznych,
 - wersja 2 – 11 Leczeń specjalistycznych,
 - wersja 3 – 14 Leczeń specjalistycznych.Poszczególne wersje określiliśmy w tabeli Leczeń specjalistycznych, zawartej w OWUD.
- W czasie pierwszych 90 dni ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej nie wypłacamy Świadczenia, jeśli Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem.
- Powyższą zasadę stosujemy także w przypadku:
 - podwyższenia Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej określonej dla Ubezpieczonego – od dnia obowiązywania nowej Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższona została Suma ubezpieczenia,
 - zmiany wersji Umowy dodatkowej – od dnia obowiązywania nowej wersji – w odniesieniu do Leczeń specjalistycznych, o które nastąpiło rozszerzenia zakresu ubezpieczenia,
 - wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, która wygasta w wyniku co najmniej 14-dniowego opóźnienia w opłaceniu Składki – od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

- Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
- Jeśli u Ubezpieczonego zostanie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, wypłacamy Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej.
- Przy ustalaniu wysokości Świadczenia uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia Leczenia specjalistycznego. Dzień wystąpienia Leczenia Specjalistycznego wskazujemy w tabeli Leczeń specjalistycznych.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zająciu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- wniosku o wypłatę Świadczenia,
- kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- dokumentacji medycznej z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: kart wypisu ze szpitala, dokumentacji leczenia ambulatoryjnego, wyników badań,
- innych dokumentów, które dotyczą Leczenia specjalistycznego – na nasz wniosek.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacimy Świadczenia

- Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli Leczenie specjalistyczne zostało spowodowane lub miało miejsce:
 - w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzebraniem przez Ubezpieczonego zaleceń lekarskich,
 - w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Ubezpieczonego,
 - w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia przez niego samobójstwa,
 - w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV.
- Nie wypłacamy Świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego, jeśli nie upłynęło 5 lat od wypłaty Świadczenia za takie samo Leczenie specjalistyczne.
- Nie wypłacamy Świadczenia z tytułu Leczenia specjalistycznego, które zostało przeprowadzone u Ubezpieczonego w związku ze schorzeniem rozpoznanym lub leczonym w okresie 5 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej kończy się w przypadkach, które wskazaliśmy w OWU.



Art. 8 Tabela Leczeń specjalistycznych

Lp.	Definicja	wersja			Dzień wystąpienia Leczenia specjalistycznego
		1	2	3	
		1.	Chemioterapia lub Radioterapia – metoda ogólnoustrojowego leczenia najczęściej nowotworów za pomocą leków cytostatycznych podawanych drogą pozajelitową i/lub za pomocą promieniowania jonizującego	✓	
2.	Terapia interferonowa – metoda leczenia różnych schorzeń, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu C, która polega na podawaniu drogą pozajelitową interferonu	✓	✓	✓	dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
3.	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora – zabieg kardiologiczny, który polega na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem zaszytym pod skórą na klatce piersiowej – urządzeniem, które służy do przerywania groźnej dla życia arytmii i przywróceniu rytmu zatokowego serca	✓	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
4.	Wszczepienie rozrusznika serca – zabieg kardiologiczny, który polega na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, jednej lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem zaszytym pod skórą na klatce piersiowej – urządzeniem, które służy do elektrycznego pobudzania rytmu serca	✓	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
5.	Ablacja – zabieg kardiologiczny wykonywany w pracowni elektrofizjologii, który polega na zniszczeniu, najczęściej energią termiczną, obszaru serca będącego źródłem arytmii	✓	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
6.	Dializoterapia – leczenie za pomocą dializy, które podtrzymuje życie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek	-	✓	✓	dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
7.	Mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami – metoda leczenia sercowopochodnej niewydolności krążenia – metoda która polega na mechanicznym wspomoczeniu pracy serca	-	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
8.	Przeszczep rogówki – okulistyczny zabieg chirurgiczny, który polega na zastąpieniu części lub całej chorej tkanki zdrową rogówką pobraną od dawcy	-	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
9.	Przeszczepienie komórek przytarczyc – metoda leczenia, która polega na pobraniu od dawcy komórek przytarczyc i wszczepieniu ich osobie chorej na schorzenia przytarczyc wymagających przeszczepu	-	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
10.	Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych – metoda leczenia, która polega na pobraniu od dawcy wysp trzustkowych z komórkami produkującymi insulinę i wszczepieniu ich osobie chorej na cukrzycę	-	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
11.	Przeškórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca – zabieg stosowany w przypadku ciężkiego zwężenia lub niedomykalności zastawki – zabieg, który polega na wymianie zastawki bez konieczności operacji kardiochirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej	-	✓	✓	dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
12.	Leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej – zlecone przez lekarza podawanie insuliny metodą ciągłego podskórnego wlewu, które umożliwia najlepsze naśladowanie fizjologicznego rytmu wydzielania insuliny. Metoda umożliwia precyzyjne regulowanie ilości dostarczonej insuliny podczas posiłku, wysiłku fizycznego czy zmieniającego się rytmu dnia, i stanowi tym samym dobre rozwiązanie u osób z dużymi wahaniami poziomu cukru	-	-	✓	dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
13.	Tlenoterapia w warunkach domowych – zlecona przez lekarza metoda leczenia znana również jako DLT (domowe leczenie tlenem) – nowoczesny sposób leczenia osób cierpiących z powodu zdiagnozowanej niewydolności oddechowej na skutek przewlekłych chorób płuc, w tym choroby obturacyjnej płuc – sposób, który polega na dostarczeniu do organizmu w krótkim czasie oraz bez wysiłku dodatkowej porcji tlenu – aby zredukować duszności oraz poprawić ogólne samopoczucie. Tlenoterapia w warunkach domowych jest przeprowadzona przy użyciu koncentratora tlenu	-	-	✓	dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
14.	Żywnienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych – podawanie białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody – przy użyciu diet innych niż naturalne, w sposób inny niż doustnie (przez specjalne cewniki żyłne albo przez wytworzenie przetoki i założenie sztucznego dostępu) wykonywane w domu chorego i połączone z kompleksową opieką nad nim	-	-	✓	dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.



OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ LECZENIA SZPITALNEGO NR PGZ/LSU/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

1. **Leczenie szpitalne** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który trwa nieprzerwanie co najmniej 4 dni (czyli 3 zmiany daty). Szpital musi znajdować się w:

- 1) kraju, który należy lub należał do Unii Europejskiej albo
- 2) Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie.

Leczeniem szpitalnym nie jest pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w związku z ciążą, porodem lub położeniem – chyba że przedmiotem Leczenia szpitalnego jest:

- 1) zagrożenie poronieniem lub samo poronienie,
- 2) ciąża pozamaciczna,
- 3) zagrożenie przedwczesnym porodem spowodowane stanem zdrowia leczonej osoby.

Dzień pobytu w Szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala,

2. **Oddział Intensywnej Terapii (OIT) / Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM)** – wyodrębniony organizacyjnie w ramach struktur wewnętrznych Szpitala oddział, na wyposażeniu którego znajduje się specjalistyczna aparatura umożliwiająca stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych pacjentów oraz podjęcie niezbędnych czynności zastępczych w przypadku zaistnienia niewydolności narządów lub układów ustroju,

3. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:

- 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
- 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.

Szpitałem nie jest:

- 1) ośrodek opieki dla przewlekłe chorych,
- 2) ośrodek leczenia uzależnień,
- 3) ośrodek rehabilitacji,
- 4) ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy,
- 5) zakład lecznictwa uzdrowskiego – w tym szpital uzdrowski ani szpital uzdrowskowo-rehabilitacyjny,
- 6) szpitalny oddział ratunkowy (SOR),

4. **Tabela Leczenia szpitalnego (Tabela)** – tabela, w której wskazujemy % Sumy ubezpieczenia jaki stosujemy do obliczenia Świadczenia dla danego Leczenia szpitalnego,

5. **Udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej, która:

- 1) jest wywołana przez przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej oraz
- 2) występuje ze wszystkimi poniższymi objawami:
 - a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
 - b) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Za Udar mózgu nie uznajemy epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) ani innych zmian w mózgu, które są możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych,

6. **Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu uległ Ubezpieczony, jako:

- 1) pieszy,
- 2) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego,

3) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy – prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym,

4) kierujący pojazdem szynowym,

7. **Wypadek komunikacyjny przy Pracy** – Wypadek komunikacyjny, który jest jednocześnie Wypadkiem przy Pracy. Wypadkiem przy Pracy nie jest wypadek, który ma miejsce w drodze z domu do pracy ani z pracy do domu,

8. **Wypadek przy Pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, który następuje w związku ze świadczeniem przez Ubezpieczonego pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub kontraktu menedżerskiego:

- 1) w przypadku Uczestnika – u Ubezpieczającego,
 - 2) w przypadku Współuczestnika – u dowolnego pracodawcy,
- Wypadkiem przy Pracy nie jest wypadek, który ma miejsce w drodze z domu do pracy ani z pracy do domu,

9. **Zawał serca** – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia wystąpienia Zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- 1) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego,
- 2) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,
- 3) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie,
- 4) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,
- 5) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznioma badaniem angiograficznym.

Za Zawał serca objęty ubezpieczeniem nie uznajemy:

- 1) epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych,
- 2) zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów ostrego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.

Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Umowę dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji, które różnią się zakresem ubezpieczenia:

- 1) wersja 1 – Leczenie szpitalne,
- 2) wersja 2 – Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

3. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:

- 1) Leczenie szpitalne, które rozpoczęło się w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej albo
- 2) Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku, które rozpoczęło się w czasie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej oraz
- 3) pobyt Ubezpieczonego na OIT/ OIOM w trakcie Leczenia szpitalnego.

4. W czasie pierwszych 30. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej w wersji 1 wypłacamy Świadczenia tylko wtedy, gdy Leczenie szpitalne jest spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy Pracy albo Wypadkiem komunikacyjnym przy Pracy.

5. Powyższą zasadę stosujemy także w przypadku:

- 1) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej określonej dla Ubezpieczonego – od dnia obowiązywania nowej Sumy



- ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższona została Suma ubezpieczenia,
- 2) zmiany wersji Umowy dodatkowej na wersję 1 – od dnia obowiązywania nowej wersji – w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia, o który nastąpiło rozszerzenie zakresu ubezpieczenia,
 - 3) wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, która wygasta w wyniku co najmniej 14-dniowego opóźnienia w opłaceniu Składki – od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu, nie wcześniej niż po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. O ile pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, to za każdy dzień tego pobytu w Szpitalu wypłacamy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, który wskazujemy w Tabeli.
3. Jeśli w czasie Leczenia szpitalnego Ubezpieczony przebywa na OIT/OIOM, to za dni pobytu na tym oddziale Szpitala wypłacamy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia, który wskazujemy w Tabeli.
4. Jeśli Ubezpieczony jest leczony w Szpitalu więcej niż raz w związku z tą samą przyczyną, to gdy obliczamy kwotę Świadczenia za 2. i kolejne Leczenie szpitalne z tej samej przyczyny:
 - 1) sumujemy dni poszczególnych Leczeń szpitalnych i na tej podstawie stosujemy odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia, czyli 1. dzień kolejnego Leczenia szpitalnego traktujemy tak, jak kolejny dzień poprzedniego Leczenia szpitalnego, oraz
 - 2) do obliczeń stosujemy Sumę ubezpieczenia z dnia, w którym rozpoczęło się pierwsze Leczenie szpitalne.
5. Jeśli Leczenie szpitalne jest spowodowane więcej niż jedną przyczyną, to wypłacamy Świadczenie w wysokości najwyższego procentu Sumy ubezpieczenia, który określamy w Tabeli.
6. W każdym Roku ubezpieczenia wypłacamy maksymalnie:
 - 1) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego i 10% tej Sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIT/OIOM w trakcie Leczenia szpitalnego – w wersji 1,
 - 2) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego wypadku – w wersji 2.

7. Dodatkowe Świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego na OIT/OIOM w trakcie Leczenia szpitalnego wypłacimy tylko raz w danym Roku ubezpieczenia.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:

- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
- 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
- 3) dokumentów, które dotyczą leczenia, takich jak:
 - a) skierowanie do Szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala bez skierowania,
 - b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - c) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, które są przyczyną Leczenia szpitalnego,
- 4) innych dokumentów, które wskażemy jako niezbędne.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

1. Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem występuje lub ma miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej, lub jeśli Leczenie szpitalne:
 - 1) ma związek z operacją plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego – chyba że jest niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony ulega w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 2) jest skutkiem zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV,
 - 3) jest skutkiem Nieprawidłowości zdrowotnych.
2. Ponadto nie wypłacamy Świadczenia, jeśli:
 - 1) Ubezpieczony przebywa w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
 - 2) w trakcie Leczenia szpitalnego Ubezpieczony umiera.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej kończy się w przypadkach, które wskazujemy w OWU.

Art. 8 Tabela Leczenia szpitalnego

Wersja 1 – Leczenie szpitalne		
Czas trwania Leczenia szpitalnego	Przyczyna Leczenia szpitalnego	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego za dzień pobytu w Szpitalu
od 1. do 14. dnia Leczenia szpitalnego	1. Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku	2,00 %
	2. Leczenie szpitalne wskutek Wypadku przy Pracy	2,50 %
	3. Leczenie szpitalne wskutek Wypadku komunikacyjnego	2,50 %
	4. Leczenie szpitalne wskutek Wypadku komunikacyjnego przy Pracy	3,00 %
	5. Leczenie szpitalne wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne	1,50 %
	6. Leczenie szpitalne wskutek innej przyczyny niż wymienione w pozycjach 1-5	0,60 %
od 15. dnia Leczenia szpitalnego	7. Leczenie szpitalne wskutek przyczyny wymienionej w pozycjach 1-6	0,50 %
dodatkowe Świadczenie	8. Dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku co najmniej 24-godzinne pobytu w trakcie Leczenia szpitalnego na OIT/OIOM	10,00%
Wersja 2 – Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku		
Czas trwania Leczenia szpitalnego	Przyczyna Leczenia szpitalnego	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego
od 1. do 14. dnia Leczenia szpitalnego	9. Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku	1 %
od 15. dnia Leczenia szpitalnego	10. Leczenie szpitalne wskutek Nieszczęśliwego wypadku	0,5 %



OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO ZDROWE ŻYCIE NR PGZ/HCB/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

1. **Postępowanie medyczne** – procedura medyczna przeprowadzona u Ubezpieczonego, która:

- 1) rozpoczyna się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej i
- 2) jest przeprowadzona podczas Hospitalizacji, i
- 3) jest wskazana w Wykazie postępowań medycznych,

2. **Wykaz postępowań medycznych (Wykaz)** – lista, w której wskazujemy:

- 1) Postępowania medyczne (część 1 Wykazu),
- 2) Postępowania medyczne 24+ (część 2 Wykazu),
- 3) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenie ryczałtowe (część 3 Wykazu),
- 4) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenie lekowe (część 4 Wykazu),

3. **Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który:

- 1) jest odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów oraz
- 2) rozpoczyna się w trakcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,

4. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:

- 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
- 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.

Szpitałem nie jest:

- 1) ośrodek opieki dla przewlekłe chorych,
- 2) ośrodek leczenia uzależnień,
- 3) ośrodek rehabilitacji,
- 4) ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy,
- 5) zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo- rehabilitacyjny,
- 6) szpitalny oddział ratunkowy (SOR),

5. **Świadczenie ryczałtowe** – kwota, którą wypłacamy dodatkowo, gdy wystąpią okoliczności wskazane w części 3 Wykazu,

6. **Świadczenie lekowe** – kwota, którą wypłacamy dodatkowo, gdy wystąpią okoliczności wskazane w części 4 Wykazu – pod warunkiem, że zakres Umowy obejmuje to świadczenie.

Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:

- 1) przeprowadzenie Postępowania medycznego,
- 2) przeprowadzenie Postępowania medycznego 24+,
- 3) wystąpienie okoliczności, w których wypłacamy Świadczenie ryczałtowe,
- 4) wystąpienie okoliczności, w których wypłacamy Świadczenie lekowe,

w czasie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Umowę dodatkową można zawrzeć w jednej z dwóch wersji, które różnią się zakresem ubezpieczenia:

- 1) wersja 1:
 - a) operacyjne i zabiegowe Postępowania medyczne,
 - b) wystąpienie okoliczności, w których wypłacamy Świadczenie ryczałtowe,

2) wersja 2:

- a) operacyjne, zabiegowe i zachowawcze Postępowania medyczne,
- b) wystąpienie okoliczności, w których wypłacamy Świadczenie ryczałtowe,
- c) wystąpienie okoliczności, w których wypłacamy Świadczenie lekowe (zdarzenie opcjonalne - pod warunkiem, że zakres Umowy dodatkowej obejmuje to świadczenie).

4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Postępowań medycznych 24+ rozpoczyna się po upływie 24 miesięcy nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej, które liczymy od dnia:

- 1) objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej albo
- 2) od dnia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w związku ze zmianą wersji Umowy dodatkowej.

5. Gdy Ubezpieczony w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, ma ukończone 64 lata, to ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wyłącznie Postępowania medyczne wskazane w Wykazie postępowań medycznych w kolumnie „Zakres dla osób w wieku 64 +”.

6. W czasie pierwszych 90. dni ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej nie wypłacamy Świadczenia, jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem jest spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwym wypadkiem.

7. Powyższą zasadę stosujemy także w przypadku:

- 1) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej określonej dla Ubezpieczonego – od dnia obowiązywania nowej Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższona została Suma ubezpieczenia,
- 2) zmiany wersji Umowy dodatkowej – od dnia obowiązywania nowej wersji – w odniesieniu do zdarzeń objętych ubezpieczeniem, o które następuje rozszerzenie zakresu ubezpieczenia,
- 3) wznowienia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, która wygaśa w wyniku co najmniej 14-dniowego opóźnienia w opłaceniu Składki – od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, za który Ubezpieczający opłacił Składkę, która pokrywa Koszt ochrony za tego Ubezpieczonego.

Art. 4 Komu i w jakiej wysokości wypłacamy Świadczenie

1. Świadczenie wypłacamy Ubezpieczonemu.
2. Jeśli u Ubezpieczonego występuje zdarzenie objęte ubezpieczeniem, to wypłacamy odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia Umowy dodatkowej, zgodnie z Wykazem.
3. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia uwzględniamy Sumę ubezpieczenia Umowy dodatkowej, która obowiązuje w dniu wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. Jeśli wypłacamy Świadczenie za Postępowanie medyczne, a zdarzenie objęte ubezpieczeniem spełnia kryteria, które opisane są w części 3 Wykazu, to wypłacamy dodatkowo jedno Świadczenie ryczałtowe.
5. Suma ubezpieczenia, która stanowi podstawę do obliczenia tego Świadczenia, jest równa Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ale nie więcej niż 10 000 (dziesięć tysięcy) zł.
6. Jeśli wypłacamy Świadczenie za Postępowanie medyczne, a zdarzenie objęte ubezpieczeniem spełnia kryteria, które opisane są w części 4 Wykazu, to wypłacamy dodatkowo jedno Świadczenie lekowe – o ile zakres Umowy dodatkowej obejmuje takie świadczenie.

Art. 5 Co jest potrzebne do wypłaty Świadczenia

1. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości Świadczenie jest należne, potrzebujemy zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem, czyli:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia,
 - 2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego,
 - 3) dokumentów, które dotyczą leczenia, takich jak:
 - a) skierowanie do Szpitala, chyba że okoliczności uzasadniały przyjęcie Ubezpieczonego do Szpitala bez skierowania,
 - b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - c) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem, które są przyczyną Hospitalizacji,



- d) zalecenie od onkologa, które dotyczy zastosowania: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, a także kopia decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia z odmową ich refundacji (dotyczy Świadczenia lekowego),
 - 4) innych dokumentów, które wskażemy jako niezbędne.
2. Świadczenie z tytułu przeprowadzenia Postępowania medycznego wypłacamy Ubezpieczonemu po zakończeniu Hospitalizacji.

Art. 6 W jakich okolicznościach nie wypłacamy Świadczenia

1. Nie wypłacamy Świadczenia, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem wystąpiło lub miało miejsce w związku z okolicznościami, które wskazujemy w OWU w odniesieniu do Umowy dodatkowej, lub jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem powstało:
 - 1) w związku z wadą wrodzoną Ubezpieczonego,
 - 2) w związku z leczeniem rehabilitacyjno-usprawniającym Ubezpieczonego,
 - 3) w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną – nie dotyczy to usuwania u Ubezpieczonego skutków Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii, które zostały ogłoszone przez odpowiednie organy administracji publicznej,
 - 5) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV,
 - 6) w wyniku choroby przewlekłej.
2. Nie wypłacamy Świadczenia, jeśli zdarzenie objęte ubezpieczeniem jest skutkiem Nieprawidłowości zdrowotnych.
3. Nie wypłacamy Świadczenia za kolejne takie samo Postępowanie medyczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, jak i każde inne Postępowanie medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w tej samej pozycji Wykazu i nie upłynął okres ograniczenia odpowiedzialności określony w Wykazie, którego upływ liczymy od końca poprzedniej Hospitalizacji, w czasie której zostało wykonane takie postępowanie, do początku Hospitalizacji związanej z tym kolejnym postępowaniem. Ograniczenie to nie dotyczy Postępowań medycznych w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Okres ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa powyżej, to 5 lat z następującymi wyjątkami:
 - 1) w przypadku Postępowań medycznych, które dotyczą narządów symetrycznych liczymy ten okres odrębnie dla narządu prawego i lewego,
 - 2) w przypadku takiego samego Postępowania medycznego, które dotyczy struktury wielokrotnie występującej, ale anatomicznie inaczej położonej, okres ten skracamy do 18 miesięcy.

Art. 7 Kiedy się kończy ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej

Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej kończy się w przypadkach, które wskazujemy w OWU.

Art. 8 Wykaz

Część 1. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE						
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	--	✓	✓
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczone zachowawczo	4%	--	✓	--
5	5 lat/ 18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczone operacyjnie	7%	✓	✓	--
6	5 lat/ 5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	✓	✓	--
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	✓	✓	--
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	--	✓	✓
9	5 lat/ 18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	✓	✓	✓
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%	--	✓	✓
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%	--	✓	--
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	--	✓	--
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	✓	✓	--
14	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓	✓
15	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
16	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
17	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%	✓	✓	✓
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%	✓	✓	✓
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%	✓	✓	✓
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%	✓	✓	✓



21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓	✓
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓	✓
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓	✓
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%	✓	✓	✓
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony zachowawczo	10%	--	✓	✓
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%	✓	✓	✓
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	--	✓	✓
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	✓	✓	✓
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	✓	✓	✓
35	5 lat/ 18 mies.	Przepuklina jądra miazdżystego leczona operacyjnie	7%	✓	✓	--
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	✓	✓	✓
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%	--	✓	--
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%	--	✓	--
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	--	✓	--
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	--	✓	--
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	--	✓	--

CHOROBY NARZĄDU WZROKU						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
47	5 lat/ 5 lat	Choroba ciała szklanego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%	✓	✓	--
48	5 lat/ 5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczępieniem sztucznej soczewki	6%	✓	✓	--
49	5 lat	Pótpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%	✓	✓	✓
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%	--	✓	✓
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%	✓	✓	✓
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
58	5 lat	Jaskra leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
59	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%	✓	✓	✓
60	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓



61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających tży leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%	✓	✓	✓
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%	✓	✓	✓
64	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
65	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
67	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%	✓	✓	✓
68	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%	✓	✓	✓

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
69	nie dotyczy	Uraz nosa leczony zachowawczo	1%	--	✓	✓
70	5 lat	Krwawienie z nosa leczone metodą zabiegową (z wyłączeniem polipa i urazu nosa)	2%	✓	✓	✓
71	nie dotyczy	Uraz nosa leczony operacyjnie	3%	✓	✓	✓
72	5 lat	Przerost migdałków podniebiennych i/lub migdałka gardłowego leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
73	5 lat	Zaburzenia równowagi pochodzenia błędnikowego leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
74	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
75	5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone drenażem jamy bębnekowej	3%	✓	✓	✓
76	5 lat/ 5 lat	Zapalenie ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
77	5 lat/ 5 lat	Zapalenie ucha środkowego z uszkodzeniem kosteczek słuchowych leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
78	5 lat/ 5 lat	Otoskleroza, perlak ucha środkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
79	5 lat	Choroba dziąsła, przyzębia leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
80	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej i liszaja płaskiego)	3%	--	✓	✓
81	5 lat	Choroba jamy ustnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu jamy ustnej)	5%	✓	✓	✓
82	5 lat/ 5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie (z wyłączeniem całkowitego usunięcia ślinianki)	4%	✓	✓	✓
83	5 lat/ 5 lat	Choroba ślinianki leczona operacyjnie wraz z jej całkowitym usunięciem	8%	✓	✓	✓
84	5 lat	Choroba gardła lub krtani leczona zachowawczo	3%	--	✓	✓
85	5 lat	Zapalenie nagłośni leczone zachowawczo	9%	--	✓	✓
86	5 lat	Choroba gardła leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego gardła)	7%	✓	✓	✓
87	5 lat	Choroba krtani leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego krtani)	9%	✓	✓	✓
88	5 lat	Polip nosa, zapalenie lub nowotwór łagodny zatok obocznych nosa leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
89	5 lat	Nowotwór złośliwy zatok obocznych nosa leczony operacyjnie	6%	✓	✓	✓
90	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony zachowawczo	3%	--	✓	✓
91	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
92	5 lat	Nowotwór łagodny jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	5%	✓	✓	✓
93	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy ustnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem ślinianki)	7%	✓	✓	✓
94	5 lat	Nowotwór złośliwy jamy nosowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem zatok)	10%	✓	✓	✓
95	5 lat	Nowotwór lub choroba zapalna wyrostka sutkowatego kości skroniowej leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
96	5 lat	Nowotwór złośliwy gardła leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
97	5 lat	Nowotwór złośliwy krtani leczony operacyjnie	28%	✓	✓	✓



CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%	--	✓	✓
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%	--	✓	✓
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%	--	✓	✓
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%	--	✓	--
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%	--	✓	--
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%	✓	✓	--
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%	--	✓	--
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	--
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	--
108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem 1 lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%	--	✓	✓
109	5 lat	Suche zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%	--	✓	✓
111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%	✓	✓	✓
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%	✓	✓	✓
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓	✓
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%	--	✓	✓
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%	--	✓	✓
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	--	✓	✓
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	--	✓	✓
122	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	✓	✓	✓
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%	--	✓	✓
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie, leczony zachowawczo	11%	--	✓	✓
125	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
126	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓	✓
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%	--	✓	✓
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%	--	✓	✓
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	✓	✓	✓



CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%	--	✓	✓
135	5 lat/ 5 lat	Żyłaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej, leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%	--	✓	✓
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%	✓	✓	✓
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%	--	✓	✓
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca leczone zachowawczo	7%	--	✓	✓
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%	--	✓	✓
143	5 lat	Choroba niedokrwienna serca leczona zachowawczo	5%	--	✓	✓
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%	--	✓	--
145	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową bez zastosowania stentu	10%	✓	✓	--
146	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznacyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%	✓	✓	--
147	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%	✓	✓	--
148	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	✓	✓	--
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%	✓	✓	--
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%	✓	✓	--
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera/ defibrylatora	30%	✓	✓	--
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	✓	✓	--
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%	--	✓	--
156	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓	--
157	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓	--
158	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓	--
159	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udroźnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓	--
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu	31%	✓	✓	✓
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%	✓	✓	✓
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznacyniowej z zastosowaniem stentu)	40%	✓	✓	✓
163	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%	✓	✓	✓



164	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	24%	✓	✓	✓
165	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	20%	✓	✓	✓
166	5 lat	Tętniak naczyń tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznacyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgosłupowej)	25%	✓	✓	✓
167	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓	--
168	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓	--
169	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓	--
170	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%	✓	✓	--
171	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓	--
172	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%	✓	✓	--
173	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%	--	✓	✓
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	✓	✓	✓
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%	--	✓	✓
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%	✓	✓	✓
180	5 lat	Krwawienie z żyłaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓	✓
181	5 lat	Żyłaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
184	5 lat/ 5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
185	5 lat/ 5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%	✓	✓	✓
188	5 lat	Żyłaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	✓	✓	✓
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	✓	✓	✓
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%	✓	✓	✓
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%	--	✓	✓
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%	--	✓	✓



198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%	✓	✓	✓
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%	✓	✓	✓
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%	✓	✓	✓
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%	✓	✓	✓
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%	✓	✓	✓
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%	--	✓	✓
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓	✓
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓	✓
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%	--	✓	✓
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	18%	✓	✓	✓
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	25%	✓	✓	✓
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	21%	✓	✓	✓
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	27%	✓	✓	✓
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%	--	✓	✓
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%	✓	✓	✓
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%	✓	✓	✓
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%	--	✓	✓
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	✓	✓	✓



228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%	--	✓	✓
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%	--	✓	--
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%	✓	✓	✓
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%	--	✓	✓
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%	✓	✓	✓
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%	--	✓	✓
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%	✓	✓	✓
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%	✓	✓	✓
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%	✓	✓	✓
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%	--	✓	✓
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespoleń z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%	✓	✓	✓
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespoleń z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%	✓	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	--	✓	✓
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%	--	✓	✓
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%	--	✓	✓
258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓	✓
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓	✓



263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓	✓
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%	✓	✓	✓
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%	✓	✓	✓
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%	✓	✓	✓
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%	✓	✓	✓
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%	✓	✓	✓
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
275	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%	✓	✓	✓
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%	✓	✓	✓
279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%	--	✓	--
282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgow)	10%	✓	✓	--
283	5 lat/ 18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	--
284	5 lat/ 18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgow leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	--
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%	--	✓	✓
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	✓	✓	✓
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	✓
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	✓
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	✓
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	✓
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
299	5 lat/ 5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
300	5 lat/ 5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%	✓	✓	✓



301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%	✓	✓	✓
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	✓	✓	✓
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	--	✓	✓
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	✓	✓	✓
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%	--	✓	✓
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	--	✓	✓
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%	--	✓	✓
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%	--	✓	✓
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%	--	✓	✓
311	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%	✓	✓	--
312	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	--
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%	--	✓	--
314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%	✓	✓	--
315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%	✓	✓	--
316	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	--
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	✓	✓	✓
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%	✓	✓	✓
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%	--	✓	✓
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczone operacyjnie	13%	✓	✓	✓
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczone operacyjnie oraz zabiegowo	13%	✓	✓	✓
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczone operacyjnie	10%	✓	✓	✓
328	5 lat/ 5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%	✓	✓	✓
329	5 lat/ 5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	✓	✓	✓
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczone zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%	--	✓	✓
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczone zachowawczo	9%	--	✓	✓
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczone operacyjnie	21%	✓	✓	✓
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%	✓	✓	✓

**CHOROBY SKÓRY**

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
334	5 lat	Nowotwór łagodny skóry, zniekształcenia bliznowate leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej oraz znamion barwnikowych)	3%	✓	✓	✓
335	5 lat	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	2%	--	✓	✓
336	5 lat	Choroba ropna skóry, choroba wirusowa skóry, choroba pęcherzowa skóry leczone zachowawczo oraz zabiegowo	4%	--	✓	✓
337	5 lat	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	3%	✓	✓	✓
338	5 lat/ 5 lat	Owrodzenie podudzi leczone operacyjnie (z wyłączeniem owrodzeń w przebiegu cukrzycy)	18%	✓	✓	--
339	5 lat/ 5 lat	Owrodzenie podudzi w przebiegu cukrzycy leczone operacyjnie	24%	✓	✓	--
340	5 lat	Skórna odmiana liszaja rumieniowatego, twardzina skóry (skleroderma) leczone zachowawczo	10%	--	✓	✓
341	5 lat	Rumień guzowaty, martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
342	5 lat	Choroba wynikająca z nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia oraz łuszczycza leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
343	5 lat	Liszaj płaski leczony zachowawczo	3%	--	✓	✓
344	5 lat	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	3%	✓	✓	✓
345	5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	3%	--	✓	✓
346	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
347	5 lat/ 5 lat	Choroba sutka leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego i łagodnego)	4%	✓	✓	✓
348	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z wycięciem węzła chłonnego wartowniczego	6%	✓	✓	✓
349	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%	✓	✓	✓
350	5 lat	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy lub twarzy leczony operacyjnie	8%	✓	✓	✓
351	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	8%	✓	✓	✓
352	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	9%	✓	✓	✓

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
353	5 lat	Cukrzyca leczona zachowawczo (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych)	7%	--	✓	✓
354	5 lat	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	8%	--	✓	✓
355	5 lat	Zaburzenia w układzie wydzielania wewnętrznego leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
356	5 lat	Choroba tarczycy leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
357	5 lat	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	13%	✓	✓	✓
358	5 lat	Choroba przysadki leczona operacyjnie	23%	✓	✓	✓
359	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczona operacyjnie	15%	✓	✓	✓
360	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%	--	✓	✓
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%	--	✓	✓
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%	--	✓	✓



364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%	✓	✓	✓
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%	✓	✓	✓
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%	✓	✓	✓
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	--	✓	--
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	✓	✓	✓
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%	✓	✓	✓
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%	✓	✓	✓
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie (z wyłączeniem wypadania narządu rodne go)	10%	✓	✓	✓
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%	--	✓	✓
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%	✓	✓	✓
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
379	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
380	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓	✓
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓	✓

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
383	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub prącia leczone zachowawczo (z wyłączeniem przepukliny mosznowej lub chorób przenoszonych drogą płciową)	3%	--	✓	✓
384	5 lat	Zapalenie gruczołu krokowego leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
385	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
386	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
387	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
388	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3%	✓	✓	✓
389	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓	✓
390	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	4%	✓	✓	✓
391	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	5%	✓	✓	✓
392	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	4%	✓	✓	✓



393	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	6%	✓	✓	✓
394	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	5%	✓	✓	✓
395	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	7%	✓	✓	✓
396	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony zachowawczo	2%	--	✓	✓
397	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	11%	✓	✓	✓
398	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	15%	✓	✓	✓

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%	--	✓	✓
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokoagulacji, elektrokoagulacji, krioterapii, laseroterapii	4%	✓	✓	✓
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%	✓	✓	✓
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%	✓	✓	✓
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%	✓	✓	✓
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%	--	✓	✓
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
407	5 lat/ 5 lat	Torbiel/ nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
408	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
409	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%	✓	✓	✓
410	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
411	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
412	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓	✓
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%	--	✓	✓
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓	✓



CHOROBY HEMATOLOGICZNE						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
421	5 lat	Zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem leczenia chemio- i/lub radioterapii)	6%	--	✓	✓
422	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%	✓	✓	✓
423	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo (z wyłączeniem przewlekłej białaczki)	13%	--	✓	✓
424	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓	✓
425	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓	✓
426	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓	✓
427	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓	✓

TRAUMATOLOGIA						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/ II stopnia leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/ III stopnia leczone zachowawczo	11%	--	✓	✓
430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/ III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%	✓	✓	✓
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/ III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%	✓	✓	✓
432	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
433	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
434	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%	✓	✓	✓
435	nie dotyczy	Uraz głowy ze wstrząśnięciem/ wstrząsem mózgu leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
436	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓
437	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%	✓	✓	✓
438	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
439	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) niewymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	--	✓	✓
440	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	16%	--	✓	✓
441	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo niewymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	--	✓	✓
442	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	17%	--	✓	✓
443	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%	✓	✓	✓
444	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej leczony na oddziale intensywnej terapii	57%	--	✓	✓



Część 2. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE 24+

Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
				Wersja 1	Wersja 2	
445	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	--
446	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	--
447	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	--
448	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	--

Część 3. ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE

Nr poz.	Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
			Wersja 1	Wersja 2	
449	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%	✓	✓	✓
450	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%	✓	✓	--

Część 4. ŚWIADCZENIE LEKOWE

Nr poz.	Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Lekowe	Świadczenie jako procent Sumy ubezpieczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 64+
			Wersja 1	Wersja 2	
451	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%	--	✓	✓
452	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%	--	✓	✓
453	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%	--	✓	✓
	Zastosowanie chemioterapii niestandardowej (przy użyciu środka leczniczego dopuszczonego do obrotu na terenie Unii Europejskiej) ¹	100%	--	✓	✓

¹ Świadczenie to nie jest należne jeśli wypłaciliśmy takie Świadczenie na podstawie Umowy dodatkowej Świadczenia szpitalnego, która dotyczy Ubezpieczonego

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA NR PGZ/BDR/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

- Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: C/Almagro 36-1, 28010 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, Informacji Medycznej Eksperta oraz dostęp do Platformy AskBestDoctors,
- Biblioteka Video On-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia,
- Centrum Obsługi Klienta Best Doctors (Centrum Obsługi Klienta)** – całodobowe centrum (tel. 800 365 867), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne oraz dokumenty, weryfikuje prawo do uzyskania świadczeń oraz koordynuje ich realizację,
- Dziecko** – dziecko: 1) własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, albo 2) przysposobione przez Ubezpieczonego, które w dniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem ma nie więcej niż 25 lat,
- Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Best Doctors – uwzględnia przy tym specyfikę schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie,
- Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – specjalistyczna ocena stanu zdrowia lub informacja o problemie zdrowotnym – ocena, którą sporządza Ekspert. Jeśli jest to możliwe na podstawie zgromadzonych informacji, Ekspert przygotowuje także propozycję sposobu leczenia
- Małżonek** – osoba, której dotyczy zdarzenie objęte ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 67 lat, i która w trakcie ochrony ubezpieczeniowej pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim – zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym,
- Platforma AskBestDoctors** – internetowa platforma informacyjna na stronie www.askbestdoctors.com/pol; platforma umożliwia:
 - korzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych – od informacji ogólnych po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym z zasobów Biblioteki Video On-line,
 - wypełnianie i składanie on-line wniosków o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,



- 3) przeglądanie dokumentacji medycznej. Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko korzystają z platformy po zaakceptowaniu regulaminu i zalogowaniu się za pomocą indywidualnego hasła,
9. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna** – opinia, którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
 - 1) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy oraz
 - 2) propozycję optymalnego planu leczenia.

Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego oraz zdarzenia w życiu Ubezpieczonego, które dotyczą Małżonka lub Dziecka.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:
 - 1) postawienie Ubezpieczonemu, Małżonkowi lub Dziecku diagnozy lub zalecenie leczenia operacyjnego w związku z wymienionymi we wskazanej poniżej Tabeli Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej stanami chorobowymi lub uszkodzeniami ciała,
 - 2) wystąpienie stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka innego niż wymienione we wskazanej poniżej Tabeli Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, które wymagają leczenia specjalistycznego w trakcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 4 Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia następnego miesiąca po dniu zawarcia Umowy dodatkowej, jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 15. dnia miesiąca, albo
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca po dniu zawarcia Umowy dodatkowej, jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 16. do ostatniego dnia miesiąca. W taki sam sposób ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w przypadku wznowienia ochrony ubezpieczeniowej po zakończeniu okresu zawieszenia, o którym mowa w OWU.
2. Jeżeli:
 - 1) Umowa dodatkowa będzie rozwiązana albo
 - 2) zakończy się ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej,to ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej wygaśnie odpowiednio:
 - 3) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 15. dnia tego miesiąca – ostatniego dnia bieżącego miesiąca, albo
 - 4) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 16. do ostatniego dnia miesiąca – ostatniego dnia następnego miesiąca.

Art. 5 Jak realizowane są usługi dostępne w ubezpieczeniu Zagraniczna Druga Opinia Medyczna

1. W związku z zajściem zdarzenia objętego ubezpieczeniem:
 - 1) zorganizujemy oraz pokryjemy koszty sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko otrzymało diagnozę lub zalecono mu leczenie operacyjne, które mają związek ze stanem chorobowym lub uszkodzeniem ciała określonym w tabeli Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej,
 - 2) zorganizujemy oraz pokryjemy koszty sporządzenia Informacji Medycznej Eksperta, jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka wystąpi stan chorobowy albo uszkodzenie ciała inne niż wymienione w tabeli Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, które wymagają leczenia specjalistycznego,
 - 3) zapewnimy dostęp do Platformy AskBestDoctors,
 - 4) zorganizujemy oraz pokryjemy koszty tłumaczenia na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą przekazuje Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko - a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy;
 - 5) zorganizujemy oraz pokryjemy koszty tłumaczenia na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej i Informacji Medycznej Eks-

perta – przed przekazaniem ich Ubezpieczonemu, Małżonkowi lub Dziecku.

2. Dla jednego stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka zapewniamy sporządzenie jednej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej albo jednej Informacji Medycznej Eksperta.
3. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.
4. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana w języku polskim.

Art. 6 Co jest potrzebne do otrzymania Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta

1. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - 1) kontaktują się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta i podają następujące dane:
 - a) imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - b) numer polisy,
 - c) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - d) kontaktowy numer telefonu,
 - 2) wypełniają formularze, które otrzymują po zweryfikowaniu przez Best Doctors prawa do Świadczenia,dostarczają do Centrum Obsługi Klienta, na własny koszt, wypełnione formularze oraz dokumentację medyczną, a jeśli zgłoszenie dotyczy Małżonka lub Dziecka – także odpis aktu małżeństwa albo odpowiednio odpis aktu urodzenia Dziecka (w zależności od tego, której osoby dotyczy zgłoszenie).
2. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
 - 1) osobie, której dotyczy,
 - 2) w uzgodniony z nią sposób,
 - 3) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej do Centrum Obsługi Klienta.

Jeśli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie będzie możliwe.

3. Aby uzyskać Informację Medyczną Eksperta, Ubezpieczony, Małżonek lub Dziecko, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
 - 1) kontaktują się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta i podają następujące dane:
 - a) imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - b) numer Polisy,
 - c) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
 - d) kontaktowy numer telefonu,
 - 2) udzielają wyjaśnień dotyczących stanu zdrowia osoby, której zgłoszenie dotyczy.
4. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana:
 - 1) osobie, której dotyczy, na wskazany przez nią adres poczty elektronicznej,
 - 2) w ciągu 7 dni od dostarczenia informacji o stanie zdrowia tej osoby.

Jeśli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Informacja Medyczna Eksperta zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie będzie możliwe.

5. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna lub Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.

Art. 7 W jakich okolicznościach nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani Informacji Medycznej Eksperta

1. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani Informacji Medycznej Eksperta, jeśli przyczyną zgłoszenia jest:
 - 1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
 - 2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
 - 3) zaburzenie psychiczne,
 - 4) problem stomatologiczny.



2. Nie ponosimy również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
 - 1) w czasie pobytu Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta – do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu;
 - 2) jeśli stan chorobowy Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
3. Nie odpowiadamy także za:
 - 1) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej czy Informacji Medycznej Eksperta,
 - 2) skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych opiniach,
 - 3) skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, w tym ich skuteczność.

Art. 7 Tabela Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej

Lp.	Stan chorobowy lub uszkodzenie ciała, które podlega Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej
1.	nowotwór złośliwy
2.	niewydolność nerek
3.	schyłkowa niewydolność wątroby
4.	przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
5.	udar mózgu
6.	łagodny nowotwór mózgu
7.	zapalenie mózgu
8.	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
9.	porażenie kończyn
10.	paraliż

11.	stwardnienie rozsiane
12.	choroba Alzheimera
13.	choroba Parkinsona
14.	choroby neuronu ruchowego
15.	przeszczep narządu
16.	zawał serca
17.	angioplastyka naczyń wieńcowych
18.	operacja pomostowania naczyń wieńcowych
19.	operacja zastawek serca
20.	operacja aorty
21.	bakteryjne zapalenia wsierdza
22.	niedokrwistość aplastyczna
23.	rozległe oparzenie
24.	utrata kończyn
25.	utrata słuchu
26.	utrata wzroku
27.	utrata mowy
28.	śpiączka
29.	cukrzyca typu 1 (insulinozależna)
30.	gruźlica
31.	zakażenie wirusem HIV
32.	inne, których nie wymieniamy powyżej stany chorobowe i uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Ubezpieczonego, Małżonka lub Dziecka i wymagają leczenia specjalistycznego

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ ASSISTANCE NR PGZ/AS2/2021/1

Art. 1 Kto i na podstawie jakich dokumentów zawiera Umowę dodatkową (strony Umowy dodatkowej)

Umowę dodatkową, która rozszerza zakres Umowy głównej, zawieramy z Ubezpieczającym, na podstawie tych OWUD oraz OWU. Dokumenty te należy czytać łącznie.

Art. 2 Co oznaczają pojęcia, które piszemy wielką literą

1. **Centrum operacyjne** – Centrum operacyjne Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, które działa na nasze zlecenie i udziela Ubezpieczonemu świadczeń opiekuńczych, dostępne całą dobę pod numerem telefonu +48 22 563 11 35,
2. **Choroba przewlekła** – zdiagnozowany u Ubezpieczonego, przed objęciem go po raz pierwszy ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej stan chorobowy, który charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie, lub była przyczyną hospitalizacji – w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy dodatkowej,
3. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło:
 - 1) 19 lat albo
 - 2) 25 lat – jeśli kontynuuje naukę.
 Do 18 roku życia Dziecko musi pozostawać pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego,
4. **Małżonek** – osoba, której dotyczy zdarzenie objęte ubezpieczeniem z tytułu Umowy dodatkowej, która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 67 lat, i która w trakcie ochrony ubezpieczeniowej pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim – zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym,

5. **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy Ubezpieczonego lub Dziecka, powstały w sposób nagły w trakcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej – stan, który zagraża życiu lub zdrowiu,
6. **Nieszczęśliwy wypadek Dziecka** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - 1) jest nagłe i nie zależy od woli Dziecka,
 - 2) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym Dziecka,
 - 3) wystąpiło w czasie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
7. **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej,
8. **Rodzic** – jest nim:
 - 1) rodzic biologiczny Ubezpieczonego lub Małżonka (matka, ojciec) – o ile do dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej,
 - 2) osoba, która przysposobiła Ubezpieczonego lub Małżonka (przybrana matka, przybrany ojciec),
 - 3) osoba pozostająca w związku małżeńskim z rodzicem biologicznym Ubezpieczonego lub Małżonka albo z osobą, która przysposobiła Ubezpieczonego lub Małżonka (macocha, ojczym), pod warunkiem że:
 - a) związek małżeński istniał przez cały okres naszej ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej, a jeżeli rodzic biologiczny albo rodzic przybrany zmarł, to:
 - b) związek małżeński istniał do dnia śmierci, a po tym dniu – aż do wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem osoba ta nie wstąpiła w nowy związek małżeński,



9. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
- 1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
 - 2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.

Szpitałem nie jest:

- 1) ośrodek opieki dla przewlekle chorych,
 - 2) ośrodek leczenia uzależnień,
 - 3) ośrodek rehabilitacji,
 - 4) ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy,
 - 5) zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny,
 - 6) szpitalny oddział ratunkowy (SOR),
10. **Usługa assistance** – świadczenie opiekuńcze realizowane za pośrednictwem Centrum operacyjnego. Rodzaj Usług assistance, zasady organizacji i limity podajemy w tabeli Usług assistance.

Pozostałe terminy, które stosujemy w tych OWUD, zdefiniowaliśmy w OWU – terminów tych używamy w takim samym znaczeniu.

Art. 3 Co obejmuje ubezpieczenie (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia w Umowie dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego oraz zdarzenia w życiu Ubezpieczonego, które dotyczą Małżonka, Dziecka lub Rodzica.
2. Zdarzeniem objętym ubezpieczeniem jest:
 - 1) Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 2) uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) potrzeba pomocy w przypadku urodzenia się Dziecka,
 - 4) Nagłe zachorowanie Dziecka lub Nieszczęśliwy wypadek Dziecka,
 - 5) trudna sytuacja w życiu Ubezpieczonego, jaką jest śmierć Dziecka, Małżonka lub Rodzica,
 - 6) Choroba przewlekła Ubezpieczonego,
 - 7) trudna sytuacja w życiu Ubezpieczonego, jaką jest pobyt Rodzica w Szpitalu,
 - 8) udokumentowana utrata pracy,
 - 9) potrzeba uzyskania informacji dotyczącej zdrowia lub macierzyństwa,

które wystąpiło w trakcie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej.

Art. 4 Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy dodatkowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej rozpoczyna się:
 - 1) pierwszego dnia następnego miesiąca po dniu zawarcia Umowy dodatkowej, jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 10. dnia miesiąca albo
 - 2) pierwszego dnia drugiego miesiąca po dniu zawarcia Umowy dodatkowej, jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 11. do ostatniego dnia miesiąca. W taki sam sposób ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w przypadku wznowienia ochrony ubezpieczeniowej po zakończeniu okresu zawieszenia, o którym mowa w OWU.
2. Jeżeli:
 - 1) Umowa dodatkowa będzie rozwiązana albo
 - 2) zakończy się ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego z tytułu Umowy głównej,to ochrona ubezpieczeniowa w Umowie dodatkowej wygaśnie odpowiednio:
 - 3) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 10. dnia tego miesiąca – ostatniego dnia bieżącego miesiąca albo
 - 4) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 11. do ostatniego dnia miesiąca – ostatniego dnia następnego miesiąca.

Art. 5 Jak realizowane są Usługi assistance

1. Gdy w trakcie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu Umowy dodatkowej wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem, to zorganizujemy Usługę assistance i pokryjemy jej koszt.
2. Limit na Usługę assistance, o którym mowa w częściach I-VII tabeli Usług assistance, wynosi łącznie 3 000 zł z tytułu zajścia jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

3. Informacje, o których mowa w części VIII i części IX tabeli Usług assistance, nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Centrum operacyjnego lub nas.

Art. 6 Co jest potrzebne do realizacji Usługi

1. Usługi assistance realizujemy za pośrednictwem Centrum operacyjnego.
2. Aby skorzystać z Usług assistance, Ubezpieczony powinien skontaktować się z Centrum operacyjnym i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 2) nr PESEL,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą,
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
3. Centrum operacyjne po weryfikacji prawa Ubezpieczonego do Usług assistance niezwłocznie przystąpi do jego realizacji – poinformuje Ubezpieczonego, kiedy je zrealizuje. Niezwłocznie poinformuje też o zmianie terminu lub sposobu realizacji tej Usługi.

Art. 7 W jakich okolicznościach nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów Usług assistance

1. Nie zapewniamy realizacji Usług assistance poza Polską, z wyłączeniem usługi wskazanej w pkt 8 tabeli Usług assistance.
2. Nie ponosimy kosztu zakupu leków – nie odpowiadamy też za brak leków w aptece.
3. Nie odpowiadamy za brak sprzętu w sklepie lub w wypożyczalni.
4. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych:
 - 1) w związku z leczeniem sanatoryjnym, fizykoterapią, zabiegami ze wskazań estetycznych, helioterapią,
 - 2) w wyniku leczenia zachowawczego lub zabiegowego, chyba że zalecił je lekarz,
 - 3) w wyniku epidemii, która została ogłoszona przez odpowiednie organy administracji publicznej, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, Aktów terroryzmu,
 - 4) w związku ze spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
 - 5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa,
 - 6) w związku z Wyczynowym uprawianiem sportu lub udziałem w Zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia,
 - 7) w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 8) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym, które mają potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
 - 9) w związku z dokonaniem umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
 - 10) w wyniku zakażenia HIV,
 - 11) w związku z Chorobą przewlekłą, za wyjątkiem Usługi assistance opisanej w części V tabeli Usług assistance – Pomoc psychologa.
5. Odmówimy spełnienia Usługi assistance lub nie pokryjemy jej kosztu, jeśli wystąpi zdarzenie objęte ubezpieczeniem, a Ubezpieczony:
 - 1) nie poda pracownikowi Centrum operacyjnego następujących informacji:
 - a) imienia i nazwiska,
 - b) PESEL-u,
 - c) adresu zamieszkania i numeru telefonu kontaktowego,
 - d) numeru polisy,
 - e) krótkiego opisu zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - f) innych informacji potrzebnych do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych Usług assistance,



- 2) nie dostarczy nam dokumentów niezbędnych do ustalenia zakresu naszej odpowiedzialności, o które poprosi pracownik Centrum operacyjnego – zaświadczeń i skierowań lekarskich, recept, rachunków i dowodów zapłaty.
6. Wyjątkowo, gdy z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej, Ubezpieczony nie będzie mógł skontaktować się z Centrum operacyjnym i sam pokryje koszty świadczeń opiekuńczych, które opisaliśmy w częściach I-VII tabeli Usług assistance, to zwrócimy Ubezpieczonemu te koszty, jeśli przedstawi nam wymagane dokumenty – ma na to 20 dni od:
 - 1) dnia wystawienia skierowania lekarskiego – w przypadku transportu medycznego do Placówki medycznej lub między Placówkami medycznymi,
 - 2) dnia wypisu ze Szpitala – w przypadku transportu medycznego do miejsca zamieszkania,
 - 3) dnia zlecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego – w przypadku zorganizowania lub dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
 Zwrócimy taką kwotę, jak gdybyśmy organizowali świadczenia opiekuńcze we własnym zakresie – zwrot kosztów musi zaakceptować Centrum operacyjne.
7. Zastrzegamy sobie prawo do opóźnienia w realizacji Usługi assistance, ale tylko wtedy, gdy będzie to spowodowane czynnikami od nas niezależnymi – strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, Aktami terroryzmu, sabotażem, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

Art. 8 Tabela Usług assistance

Część I		
Usługi assistance w przypadku:		
1) Nagłego zachorowania Ubezpieczonego lub		
2) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku		
Lp	Usługa	Opis usługi
1	Wizyta lekarska (lekarz pierwszego kontaktu/ internista)	Jeśli Ubezpieczony potrzebuje wizyty lekarskiej to: <ol style="list-style-type: none"> 1) zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty lekarskiej Ubezpieczonego w Placówce medycznej albo 2) organizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do miejsca, w którym przebywa Ubezpieczony i sfinansujemy honorarium lekarza. W przypadku Nagłego zachorowania Ubezpieczonego wizytę lekarską zorganizujemy maksymalnie 3 razy w ciągu jednego Roku ubezpieczenia.
2	Transport medyczny do Placówki medycznej	Jeśli Ubezpieczony wymaga pobytu w Placówce medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, ale nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z miejsca, w którym zaszło zdarzenie do tej Placówki medycznej.
3	Transport medyczny do miejsca zamieszkania	Jeśli Ubezpieczony może opuścić Placówkę medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z Placówki medycznej do miejsca zamieszkania.
4	Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi	Jeśli Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej ale: <ol style="list-style-type: none"> 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub 2) jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi.
Lekarz Centrum operacyjnego, na podstawie informacji od lekarza prowadzącego, wskaże sposób transportu medycznego – dostosuje go do stanu zdrowia Ubezpieczonego.		
5	Opieka nad Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	Jeśli Ubezpieczony, zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego, będzie przebywał w Szpitalu dłużej niż 3 dni to: <ol style="list-style-type: none"> 1) przewieziemy Dzieci lub osoby niesamodzielne, do miejsca zamieszkania osoby wskazanej przez Ubezpieczonego, która się nimi zajmie, i z powrotem albo 2) przewieziemy wskazaną przez Ubezpieczonego osobę, która zajmie się Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i z powrotem. W obu przypadkach pokryjemy koszty biletów kolejowych lub autobusowych pierwszej klasy. Jeżeli Centrum operacyjnemu nie uda się skontaktować z wyznaczoną osobą w ciągu 24 godzin od zgłoszenia roszczenia albo ta osoba nie zgodzi się na sprawowanie opieki, a w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby sprawować taką opiekę to: <ol style="list-style-type: none"> 3) na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego maksymalnie przez 5 dni. Po tym czasie, jeżeli opieka będzie nadal potrzebna, Centrum operacyjne dołoży starań, żeby opiekę sprawowała dalsza rodzina lub opieka społeczna.
Osoba niesamodzielną to osoba, która mieszka z Ubezpieczonym i z powodu złego stanu zdrowia lub wady wrodzonej, nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.		
6	Opieka nad zwierzętami domowymi (kot lub pies)	Jeśli Ubezpieczony, zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego, będzie przebywał w Szpitalu dłużej niż 3 dni to: <ol style="list-style-type: none"> 1) zaopiekujemy się zwierzętami domowymi maksymalnie przez 5 dni. Po tym czasie, jeżeli opieka będzie nadal potrzebna, Centrum operacyjne dołoży starań, żeby opiekę sprawowała dalsza rodzina lub schronisko dla zwierząt; 2) przewieziemy do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego osobę, którą Ubezpieczony wyznaczy do opieki nad zwierzętami. Powyższe usługi realizujemy do łącznej kwoty 800 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem. Prawo do opieki na zwierzętami domowymi przysługuje, jeśli: <ol style="list-style-type: none"> 1) w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby sprawować taką opiekę; 2) zwierzęta domowe są zaszczepione – wymagamy aktualnego zaświadczenia.
7	Opieka pielęgniarki w Szpitalu	Jeśli Ubezpieczony będzie przebywał w Szpitalu, to zorganizujemy wizytę pielęgniarki i pokryjemy koszt tej wizyty do łącznej kwoty 300 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem. Placówka medyczna musi wyrazić zgodę na opiekę pielęgniarki.



8	Pomoc medyczna za granicą	Jeśli u Ubezpieczonego wystąpi Nagłe zachorowanie lub dozna uszkodzenia ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku ale wydarzy się to poza granicą Polski to: 1) zorganizujemy wizytę Ubezpieczonego w Placówce medycznej i pokryjemy koszt tej wizyty lub 2) dowieziemy lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokryjemy koszt transportu oraz honorarium lekarza – do łącznej kwoty 200 euro. Wizytę zorganizujemy tylko wtedy, gdy nie będzie konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Pomoc medyczną za granicą zorganizujemy maksymalnie raz w ciągu jednego Roku ubezpieczenia
---	---------------------------	--

Część II

Usługi assistance w przypadku uszkodzenia ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku

9	Dostarczanie leków	Jeśli Ubezpieczony, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego lub pisemnym zaleceniem od lekarza prowadzącego, musi leżeć a potrzebuje leków przepisanych przez lekarza, to dostarczymy te leki Ubezpieczonemu. Możemy to robić wielokrotnie ale łączny koszt dostarczenia leków nie może być wyższy niż 800 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem. Koszt zakupu leków pokrywa Ubezpieczony.
10	Zorganizowanie sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Ubezpieczony otrzyma od lekarza prowadzącego zalecenie używania w domu sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu. Pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia do łącznej kwoty 800 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
11	Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Ubezpieczony otrzyma od lekarza prowadzącego zalecenie używania w domu sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy Ubezpieczonemu sprzęt rehabilitacyjny. Pokryjemy koszty dostarczenia do łącznej wysokości 800 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
12	Zorganizowanie rehabilitacji	Jeśli lekarz prowadzący stwierdzi, że Ubezpieczony wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, to: 1) zorganizujemy wizytę fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego i pokryjemy jej koszt albo 2) zorganizujemy wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej i pokryjemy koszt transportu i samych wizyt. Usługę zapewniamy do łącznej wysokości 1500 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
13	Wizyta pielęgniarki	Jeśli Ubezpieczony będzie wymagał, zgodnie z pisemnym zaleceniem od lekarza prowadzącego, pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania to zorganizujemy wizytę pielęgniarki i pokryjemy jej honorarium i koszt dojazdu.
14	Opieka domowa	Jeśli Ubezpieczony przebywał w Szpitalu co najmniej 3 dni a następnie otrzymał zwolnienie lekarskie, to po wyjściu ze Szpitala zaopiekujemy się Ubezpieczonym w czasie zwolnienia lekarskiego – maksymalnie przez 5 dni – w miejscu gdzie przebywa. Osoba do opieki poda posiłek, zrobi zakupy, pomoże w zabiegach pielęgniarskich i czynnościach w zakresie higieny osobistej, zrobi porządek w miejscu zamieszkania.

Część III

Usługi Assistance w sytuacji, gdy Ubezpieczony będzie potrzebował pomocy, ponieważ urodzi mu się Dziecko

15	Pomoc położnej lub pielęgniarki	Jeśli Ubezpieczonemu urodzi się Dziecko i będzie potrzebował pomocy w opiece nad tym Dzieckiem, to: 1) zapewnimy Ubezpieczonemu pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym Dzieckiem; 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i ich honorarium, w okresie miesiąca po wyjściu matki ze Szpitala – pokryjemy koszt jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad nowonarodzonym Dzieckiem obejmuje: 1) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; 2) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka; 3) porady w razie problemów z laktacją; 4) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu; 5) informację o zakresie szczepień ochronnych.
Usługi i limity, które wymieniliśmy powyżej dotyczą jednego zdarzenia – oznacza to, że w taki sam sposób pomożemy w przypadku każdego nowonarodzonego Dziecka.		

Część IV

Usługi Assistance w przypadku, gdy u Dziecka wystąpi Nagłe zachorowanie lub przydarzy mu się Nieszczęśliwy wypadek

16	Opieka nad Dziećmi	Jeśli u Dziecka wystąpi Nagłe zachorowanie lub Dziecku przydarzy się Nieszczęśliwy wypadek, to zaopiekujemy się Dzieckiem maksymalnie przez 2 dni. Zrobimy to wtedy, gdy Ubezpieczony nie będzie mógł skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie będzie żadnej osoby, która mogłaby sprawować opiekę nad Dzieckiem. Opiekę zorganizujemy na pisemny wniosek Ubezpieczonego. Taką usługę zorganizujemy maksymalnie 2 razy w każdym Roku ubezpieczenia w odniesieniu do jednego zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
17	Organizacja pobytu rodziców w Szpitalu	Jeśli Dziecko Ubezpieczonego, w wyniku Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku trafi do Szpitala, to zorganizujemy pobyt Ubezpieczonego lub Małżonka w tym Szpitalu, a jeżeli nie będzie to możliwe – w przyszpitalnym hotelu. Usługę zapewniamy do łącznej wysokości 500 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

Część V

Usługi Assistance po śmierci Dziecka, Małżonka lub Rodzica albo w przypadku Choroby przewlekłej Ubezpieczonego

18	Pomoc psychologa	Zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyt Ubezpieczonego u psychologa. Na prośbę Ubezpieczonego poinformujemy go jakie są możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
----	------------------	---



Część VI Usługi Assistance w przypadku udokumentowania utraty pracy przez Ubezpieczonego		
		Jeśli pogorszy się stan zdrowia Ubezpieczonego, gdy otrzyma od Ubezpieczającego oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę z przyczyn innych niż wina Ubezpieczonego, w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę skontaktuje się z Centrum operacyjnym oraz prześle do Centrum operacyjnego kopię tego oświadczenia, to zapewnimy Ubezpieczonemu 4 rodzaje usług – wymieniamy je niżej.
19	Pomoc psychologa	Jeśli Ubezpieczony, w związku z utratą pracy będzie potrzebował pomocy psychologa, to zorganizujemy wizytę u psychologa (termin i miejsce uzgodnimy z Ubezpieczonym) i pokryjemy koszt konsultacji do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie objęte ubezpieczeniem.
20	Pakiet informacyjny	Gdy Centrum operacyjne otrzyma kopię wypowiedzenia umowy o pracę, to w ciągu 14 dni prześle Ubezpieczonemu zestaw zawierający instrukcje: 1) jak napisać życiorys – prześlemy wzór; 2) jak napisać list motywacyjny – prześlemy wzór; 3) jak utworzyć biznesplan, jeśli Ubezpieczony będzie chciał założyć działalność gospodarczą – prześlemy wzór;
21	Infolinia pracownicza	Gdy Centrum operacyjne otrzyma kopię wypowiedzenia umowy o pracę, to Ubezpieczony może zadzwonić do Centrum operacyjnego. W trakcie rozmowy poinformujemy Ubezpieczonego: 1) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy; 2) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne; 3) o prawach i obowiązkach bezrobotnych; 4) o rejestracji w urzędzie pracy; 5) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych; 6) o sposobie ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych; 7) o innych formach pomocy udzielanej osobom bezrobotnym; 8) o danych teled adresowych biur pośrednictwa pracy na terenie Polski; 9) o danych teled adresowych biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Polski; 10) jakie dokumenty i procedury są konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
22	Pomoc w poszukiwaniu pracy	Gdy Centrum operacyjne otrzyma kopię wypowiedzenia umowy o pracę, a następnie: list motywacyjny oraz CV Ubezpieczonego, to w ciągu 14 dni prześlemy te dokumenty do 3 renomowanych biur pośrednictwa pracy, które aktywnie poszukują pracy na terenie Polski. Biura te na podstawie otrzymanych dokumentów rozpoczną poszukiwania ofert pracy, które będą odpowiednie dla Ubezpieczonego. Jeśli znajdą ofertę pracy, niezwłocznie prześlą ją Ubezpieczonemu – może to zrobić również Centrum operacyjne. Informacje takie będą przesyłane Ubezpieczonemu przez 6 miesięcy od dnia otrzymania wypowiedzenia umowy o pracę.
Część VII Usługi Assistance, w przypadku trudnej sytuacji w życiu Ubezpieczonego, jaką jest pobyt Rodzica w Szpitalu		
23	Transport na wizytę kontrolną	Jeśli Rodzic był w Szpitalu co najmniej 6 dni i lekarz prowadzący umówił go na wizytę kontrolną, to zorganizujemy transport medyczny Rodzica na taką wizytę – usługę zorganizujemy raz w każdym Roku Ubezpieczenia.
24	Osobisty asystent	Jeśli Rodzic otrzymał skierowanie do Szpitala, to zorganizujemy pomoc osobistego asystenta (i pokryjemy jego honorarium), który będzie towarzyszył Rodzicowi podczas transportu medycznego do Szpitala i z powrotem i pomoże załatwić formalności przy rejestracji i wypisie ze szpitala – usługę zorganizujemy raz w każdym Roku ubezpieczenia.
Część VIII Usługi Assistance w sytuacji, gdy Ubezpieczony będzie potrzebował informacji dotyczącej zdrowia		
25	Infolinia medyczna	Jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony będzie potrzebował informacji dotyczącej zdrowia, to poinformujemy go o: 1) państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania; 2) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.; 3) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne; 4) placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny; 5) tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych; 6) dietach i zdrowym żywieniu; 7) domach pomocy społecznej, hospicjach; 8) przebiegu załatwiania formalności związanych ze śmiercią bliskiej osoby; 9) schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa); 10) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku; 11) grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci; 12) aptekach czynnych przez całą dobę; 13) szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych jeśli będzie wybierał się w podróż.



Część IX

Usługi Assistance w sytuacji, gdy Ubezpieczony będzie potrzebował informacji dotyczącej macierzyństwa

26	Infolinia Baby Assistance	Jeśli w czasie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony będzie potrzebował informacji dotyczącej macierzyństwa, to za pośrednictwem infolinii 'Baby Assistance' poinformujemy Ubezpieczonego o: 1) objawach ciąży; 2) badaniach prenatalnych; 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu; 4) szkołach rodzenia; 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie; 6) karmieniu noworodka; 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci; 8) pielęgnacji noworodka.
----	---------------------------	---

Zarząd Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. zatwierdził OWUD uchwałą z 6 października 2021 r. OWUD wchodzi w życie 11 października 2021 r.