

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”
(ZD2/NPER/9/2022)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3-14 § 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1-2



**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „NA ZDROWIE”
(ZD2/NPER/9/2022)**

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się wyłącznie do umów ubezpieczenia zawieranych jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych ze spółką Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa.

**§ 1.
DEFINICJE**

1. Ilekroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym jej zawarcie oraz w innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **akt terroryzmu** – każde 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, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **ambulatorium** – podmiot leczniczy, który udziela świadczeń medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i jest zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń ambulatoryjnych; ambulatorium w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny;
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia (umowa dodatkowa)** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie” jako uzupełnienie umów ubezpieczenia na życie zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa; wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:

- a) pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo,
 - b) kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego;
- 4) **hospitalizacja** – nieprzerwany pobyt ubezpieczonego w szpitalu, z wyłączeniem pobytu na oddziale rehabilitacyjnym, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów albo w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć (w przypadku odmowy przyjęcia do szpitala), sporządzonej i prowadzonej przez szpital zgodnie z obowiązującymi przepisami w sprawie dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień hospitalizacji uznaje się każdy dzień, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu, przy czym pierwszym dniem hospitalizacji jest dzień rejestracji, a ostatnim dzień wypisu ze szpitala; nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym szpitalu traktowany jest jako jedna hospitalizacja;
 - 5) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
 - 6) **pobyt w ambulatorium** – pobyt ubezpieczonego w ambulatorium, odnotowany w dokumentacji medycznej ambulatorium zgodnie z obowiązującymi przepisami;
 - 7) **postępowanie medyczne** – zastosowanie procedury medycznej w leczeniu lub diagnostyce choroby lub urazu ubezpieczonego podczas jego hospitalizacji lub w leczeniu choroby lub urazu ubezpieczonego podczas jego pobytu w ambulatorium; hospitalizacja lub pobyt w ambulatorium muszą rozpocząć się:
 - a) w czasie ochrony ubezpieczeniowej i nie wcześniej niż po upływie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego
 - albo
 - b) w czasie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach pierwszej dodat-

kowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonego, o ile postępowanie medyczne było związane z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ ubezpieczony;

wyróżnia się następujące rodzaje postępowań medycznych: postępowanie medyczne główne, postępowanie medyczne inne, postępowanie medyczne SOR oraz postępowanie medyczne ambulatoryjne;

- 8) **postępowanie medyczne ambulatoryjne** – postępowanie medyczne przeprowadzane podczas pobytu w ambulatorium, które ma charakter leczenia inwazyjnego, czyli odbywa się z chirurgicznym rozcięciem skóry lub gruczołów skórnych oraz odpowiada opisowi postępowania, które znajduje w pkt I Wykazu postępowań medycznych z wyłączeniem części „Skóra”. Postępowaniem medycznym ambulatoryjnym nie jest:
 - a) postępowanie medyczne wykonywane z powodów diagnostycznych, nawet jeśli w jego trakcie zastosowano leczenie o charakterze inwazyjnym,
 - b) usunięcie ciała obcego, w tym kleszcza, czyli pajęczaka z podgromady roztoczy,
 - c) usunięcie szwów chirurgicznych,
 - d) dializoterapia, chemioterapia, tlenoterapia, aplikowanie substancji do organizmu, w tym wstrzyknięcie podskórne, domięśniowe, dostawowe oraz do światła naczynia krwionośnego;
- 9) **postępowanie medyczne główne** – postępowanie medyczne wskazane w Tabeli postępowań medycznych głównych, znajdującej się w Wykazie postępowań medycznych, zastosowane w leczeniu lub diagnostyce choroby lub urazu będących przyczyną hospitalizacji, z wyłączeniem hospitalizacji w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć oraz przychodni/poradni przyszpitalnej;
- 10) **postępowanie medyczne inne** – postępowanie medyczne niewskazane w Tabeli postępowań medycznych głównych, znajdującej się w Wykazie postępowań medycznych, zastosowane w leczeniu lub diagnostyce choroby lub urazu będących przyczyną hospitalizacji, o ile to postępowanie zostało przeprowadzone podczas trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni hospitalizacji;
- 11) **postępowanie medyczne SOR** – postępowanie medyczne przeprowadzone podczas hospitalizacji w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w izbie przyjęć;
- 12) **szpital** – podmiot leczniczy, który:
 - a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia lub
 - b) wykonuje zabiegi w trybie chirurgii jednego dnia, co najmniej w zakresie dotyczącym postępowania medycznegoi zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski. Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczypospolitej Polskiej musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia nie jest ambulatorium w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, ośrodek opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum (także onkologiczne), ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek rehabilitacji, ośrodek sanatoryjny lub wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowisko-rehabilitacyjny;
- 13) **świadczenie lekowe** – świadczenie z tytułu wystąpienia okoliczności wskazanych w Wykazie postępowań medycznych;
- 14) **świadczenie ryczałtowe** – świadczenie z tytułu wystąpienia okoliczności wskazanych w Wykazie postępowań medycznych;
- 15) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowia dotyczy dodatkowa umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia mniej niż 55 (pięćdziesiąt pięć) lat;
- 16) **umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków wymienionych na wstępie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- 17) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 18) **Wykaz postępowań medycznych** – załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, określający wysokość świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących w razie: przeprowadzenia postępowania medycznego, wystąpienia okoliczności będących podstawą wypłaty świadczenia ryczałtowego oraz wystąpienia

okoliczności będących podstawą wypłaty świadczenia lekowego – w zależności od wybranych: Poziomu świadczeń i Wariantu świadczeń – a także określający szczególne zasady ich wypłaty, o których mowa w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

- 19) **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 góraska lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo 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 następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 20) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
 - 21) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – postępowanie medyczne przeprowadzone na rzecz ubezpieczonego.
2. Wszelkie pojęcia inne niż wskazane w ustępie poprzedzającym są stosowane w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie ze znaczeniem nadanym im przez ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje postępowania medyczne oraz okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń ryczałtowych. Ubezpieczający może wybrać zakres ubezpieczenia rozszerzony o okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń lekowych.
3. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie przeprowadzenia postępowania medycznego w trakcie hospitalizacji rozpoczętej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
 - 1) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono jedno postępowanie medyczne główne, wtedy Towarzystwo wypłaci należne świadczenie w wysokości 100 proc. (sto procent) świadczenia z tytułu tego postępowania.
 - 2) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono więcej niż jedno postępowanie medyczne główne, wtedy Towarzystwo wypłaci kwotę będącą sumą:
 - a) 100 proc. (sto procent) świadczenia, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń z tytułu przeprowadzonych postępowań medycznych głównych oraz
 - b) 75 proc. (siedemdziesiąt pięć procent) świadczenia, które jest najwyższe spośród należnych świadczeń z tytułu pozostałych przeprowadzonych postępowań medycznych głównych.
 - 3) Jeżeli podczas hospitalizacji, trwającej dłużej niż 5 (pięć) dni, przeprowadzono więcej niż jedno postępowanie medyczne spełniające definicję postępowania medycznego innego, wówczas w związku z tą hospitalizacją zostanie wypłacone tylko jedno należne świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego.
 - 4) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono postępowanie medyczne inne i jakiegokolwiek postępowanie medyczne główne,

- to świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego nie jest należne.
- 5) Jeżeli podczas hospitalizacji przeprowadzono postępowanie medyczne SOR oraz jakiekolwiek postępowanie medyczne główne lub postępowanie medyczne inne, to świadczenie z tytułu postępowania medycznego SOR i świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego nie są należne.
 4. Dodatkowo, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty – zgodnie z poniższymi zasadami – świadczenia ryczałtowego w razie wystąpienia okoliczności będącej podstawą jego wypłaty.
 - 1) W przypadku wypłaty 100 proc. (sto procent) świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego, Towarzystwo wypłaci również należne świadczenie ryczałtowe powiązane z tym postępowaniem – nie więcej niż po jednym świadczeniu ryczałtowym z tytułu wystąpienia każdej z okoliczności będących podstawą wypłat świadczeń ryczałtowych.
 - 2) Wypłata należnego świadczenia ryczałtowego nastąpi, o ile ochrona ubezpieczeniowa trwała nieprzerwanie w okresie od dnia przeprowadzenia postępowania medycznego głównego do dnia wystąpienia okoliczności będącej podstawą wypłaty świadczenia ryczałtowego.
 5. Dodatkowo, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty – zgodnie z poniższymi zasadami – świadczenia lekowego w razie wystąpienia okoliczności będącej podstawą jego wypłaty, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń lekowych.
 - 1) W przypadku wypłaty 100 proc. (sto procent) świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego, Towarzystwo wypłaci również należne świadczenie lekowe powiązane z tym postępowaniem – nie więcej niż po jednym świadczeniu lekowym z tytułu wystąpienia każdej z okoliczności będących podstawą wypłat świadczeń lekowych.
 - 2) Wypłata świadczenia lekowego nie nastąpi, jeżeli postępowanie medyczne główne dotyczyło porodu (zgodnie z takim wskazaniem w Wykazie postępowania medycznych).
 6. Dodatkowo, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie przeprowadzenia postępowania medycznego ambulatoryjnego podczas pobytu w ambulatorium, który miał miejsce w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli podczas pobytu w ambulatorium przeprowadzono więcej niż jedno postępowanie medyczne ambulatoryjne, wtedy Towarzystwo wypłaci w związku z tym pobytom tylko jedno należne świadczenie z tytułu postępowania medycznego ambulatoryjnego.
 7. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego głównego dotyczącego porodu lub choroby zwyrodnieniowej stawu leczonej endoprotezoplastyką (zgodnie z takim wskazaniem w Wykazie postępowania medycznych) nie jest należne, jeżeli hospitalizacja związana z tym postępowaniem rozpoczęła się w terminie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, licząc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia w pierwszej dodatkowej umowie ubezpieczenia.
 8. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego innego, świadczenie z tytułu postępowania medycznego SOR ani świadczenie z tytułu postępowania medycznego ambulatoryjnego nie są należne, jeżeli hospitalizacja była związana z ciążą, porodem lub położeniem, chyba że przyczyną hospitalizacji lub pobytu w ambulatorium było potwierdzone w dokumentacji medycznej: zagrażające lub zaistniałe poronienie, ciąża pozamaciczna, zagrożenie życia ubezpieczonego lub zagrożenie życia jego nienarodzonego/nowonarodzonego dziecka.
 9. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego danego rodzaju nie jest należne, jeżeli w okresie karencji poprzedzającym rozpoczęcie hospitalizacji związanej z tym postępowaniem medycznym, miała miejsce inna hospitalizacja, w czasie której przeprowadzono:
 - 1) takie samo postępowanie medyczne główne zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego – w przypadku świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego;
 - 2) jakiekolwiek postępowanie medyczne SOR zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego – w przypadku świadczenia z tytułu postępowania medycznego SOR;
 - 3) postępowanie medyczne główne lub postępowanie medyczne inne zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego, związane z leczeniem tej samej choroby z zastosowaniem takiej samej metody leczenia – w przypadku świadczenia z tytułu postępowania medycznego głównego lub postępowania medycznego innego. Taką samą metodą leczenia jest:
 - a) każde leczenie zachowawcze – odnośnie do postępowania medycznych z zastosowaniem leczenia zachowawczego,
 - b) każde leczenie operacyjne lub zabiegowe – odnośnie do postępowania medycznych z zastosowaniem leczenia operacyjnego lub zabiegowego,
 - c) każda metoda diagnostyki – odnośnie do postępowania medycznych z zastosowaniem diagnostyki.
 10. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego ambulatoryjnego nie jest należne, jeżeli w okresie karencji, poprzedzającym pobyt w ambulatorium związanych z tym postępowaniem, miał miejsce inny pobyt w ambulatorium, w czasie którego przeprowadzono jakiekolwiek postępowanie medyczne ambulatoryjne zakończone wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego.
 11. Okres karencji, o którym mowa w ust. 9 i 10, wynosi: 12 (dwanaście) miesięcy albo 18 (osiemnaście) miesięcy albo 5 (pięć) lat i jest wskazany w Wykazie postępowania medycznych – odrębnie dla każdego z postępowania medycznych. Okres karencji nie dotyczy postępowania medycznego głównego ani postępowania medycznego innego, o ile zostały przeprowadzone w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
 12. Jeżeli na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa Poziom świadczeń został zmieniony na wyższy, a następnie:
 - 1) postępowanie medyczne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od tej zmiany lub w ramach pobytu w ambulatorium, który miał miejsce przed upływem tego okresu lub
 - 2) przeprowadzone zostało postępowanie medyczne, którego termin został zaplanowany przed tą zmianą,
 wtedy Towarzystwo wypłaci należne świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości obowiązującej przed zmianą. Okoliczność wskazana w pkt 1 nie dotyczy postępowania medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
 13. Jeżeli postępowanie medyczne główne zostało przeprowadzone w ramach hospitalizacji rozpoczętej przed upływem okresu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia:
 - 1) rozszerzenia – na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa – zakresu ubezpieczenia o świadczenia lekowe, wtedy świadczenie lekowe nie jest należne;
 - 2) zmiany – na wniosek ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa – wariantu świadczenia lekowego na wyższy, wtedy Towarzystwo wypłaci należne świadczenie lekowe w wysokości obowiązującej przed zmianą.
 Powyższe ustalenia nie dotyczą postępowania medycznych przeprowadzonych w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
 14. Łączna kwota świadczeń z tytułu postępowania medycznych, świadczeń ryczałtowych i świadczeń lekowych – wyptaczanych w związku ze wszystkimi postępowaniami medycznymi przeprowadzonymi w czasie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach tej samej odpowiednio pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia albo kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia – nie może być wyższa niż wskazany w Wykazie postępowania medycznych limit wypłat. Wysokość limitu wypłat zależy od wybranego Poziomu świadczeń oraz od tego, czy zakres ubezpieczenia obejmuje okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń lekowych.

§ 3.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Świadczenie z tytułu postępowania medycznego nie zostanie wypłacone, jeżeli postępowanie medyczne przeprowadzono:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego 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); w związku z ujawnieniem w dokumentacji medycznej nadużyciem przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - 2) w związku z nieprzestrzeganiem przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich, mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej, a w przypadku ubezpieczonego mającego mniej niż 18 (osiemnaście) lat także przez osoby, pod których opieką pozostaje; w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym ubezpieczonego; w związku z dokonaniem przez ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa; w wyniku zakażenia ubezpieczonego HIV; w związku z wadą wrodzoną ubezpieczonego; w związku z koniecznością odbycia lub odbywaniem przez ubezpieczonego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego; w związku z chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, przy czym nie dotyczy to

- likwidacji u ubezpieczonego skutków nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - 5) w wyniku wypadku statku powietrznego, w którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;
 - 6) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy;
 - 7) w wyniku klęski żywiołowej lub stanu epidemii ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji publicznej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytało przed zawarciem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia, a które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą. Towarzystwo ma prawo podnieść ten zarzut również po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4.

ZAWARCIE DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana odrębnie na rachunek każdego ubezpieczonego. Ubezpieczonymi w dodatkowej umowie ubezpieczenia mogą być:
 - 1) ubezpieczony w głównej umowie ubezpieczenia,
 - 2) ubezpieczony w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie.
2. Pierwsza dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający może złożyć ofertę zawarcia takiej umowy na rzecz ubezpieczonego pod warunkiem, że w tym samym czasie ubezpieczony nie jest objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia świadczenia szpitalnego zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w §1 ust.1 pkt 2, lub innych ogólnych warunków ubezpieczenia dotyczących świadczeń tego rodzaju. Jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia zawierającego oświadczenie Towarzystwa o przyjęciu oferty. Przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający i ubezpieczony powinni złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności ubezpieczony powinien złożyć pisemne oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia i stylu życia. Do zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie nieuregulowanym powyżej stosuje się postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.
3. Kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Towarzystwo oferty zawarcia takiej umowy oraz przyjęcia tej oferty przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - 1) Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, określając warunki udzielanej w jej ramach ochrony ubezpieczeniowej, o ile ubezpieczony w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia takiej umowy będzie mieć mniej niż 67 (sześćdziesiąt siedem) lat, z zastrzeżeniem zdania następnego. W przypadku ubezpieczonego, o którym mowa w ust.1 pkt 2, Towarzystwo proponuje zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że w tym samym czasie proponuje zawarcie umowy, o której mowa w ust.1 pkt 2.
 - 2) Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej, nie proponuje zawarcia kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli nie została opłacona w wyznaczonym terminie składka z tytułu wcześniejszych dodatkowych umów ubezpieczenia.

- 3) Jeżeli Towarzystwo złoży ofertę zawarcia kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia, wówczas do jej zawarcia stosuje się postanowienia głównej umowy ubezpieczenia – odpowiednio w zakresie propozycji Towarzystwa dotyczącej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki, a składanej ubezpieczającemu w związku z rocznicą ubezpieczenia. Powyższe oznacza, że kolejna dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje zawarta zgodnie z powyższymi warunkami oferty Towarzystwa w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia tej umowy wskazanym w ofercie, chyba że ubezpieczający w terminie wskazanym w powyższych postanowieniach głównej umowy ubezpieczenia poinformuje Towarzystwo o nieprzyjęciu oferty. Dokumentem ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie kolejnej dodatkowej umowy ubezpieczenia jest oferta jej zawarcia złożona przez Towarzystwo.

§ 5.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę ubezpieczenia następującą po zawarciu umowy, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa z tytułu pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po tym, jak Towarzystwo w ramach głównej umowy ubezpieczenia przygotowało w związku z najbliższą rocznicą ubezpieczenia propozycję dotyczącą zmiany wysokości sumy ubezpieczenia lub składki od tej rocznicy, wówczas ta umowa dodatkowa jest zawierana na okres do dnia poprzedzającego drugą rocznicę ubezpieczenia następującą po jej zawarciu.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej tytułem pierwszej dodatkowej umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.

§ 6.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych jest wskazana w Wykazie postępowań medycznych i zależy od:
 - 1) wybranego Poziomu świadczeń w przypadku postępowań medycznych oraz świadczeń ryczałtowych,
 - 2) wybranego Wariantu świadczeń w przypadku świadczeń lekowych.
2. Zakres ubezpieczenia oraz wybrane stosownie do zakresu: Poziom świadczeń i Wariant świadczeń, są wskazane w dokumencie ubezpieczenia.
3. Składając ofertę zawarcia kolejnej umowy dodatkowej, Towarzystwo może zaproponować zmianę Wykazu postępowań medycznych.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest ustalana na podstawie częstotliwości opłacania składki oraz obowiązującej taryfy składek, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
 - 1) Obowiązująca taryfa składek jest wybierana z tabeli taryf Towarzystwa odpowiedniej dla obowiązującego w dodatkowej umowie ubezpieczenia Poziomu świadczeń oraz Wariantu świadczeń – według posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia.
 - 2) Taryfy składek są ustalone w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z zawartych dodatkowych umów ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia regulujących dodatkową umowę ubezpieczenia: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, maksymalnego łącznego okresu ubezpieczenia przewidzianego dla dodatkowej umowy ubezpieczenia, tj. łącznie dla pierwszej i kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia.
3. W razie rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość wplaconej składki podlegającej zwrotowi za niewykorzy-

stany okres ubezpieczenia – proporcjonalnie do tego okresu. Ustalenie to następuje do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia. W pozostałych przypadkach ustalenie to następuje do dnia rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia i z chwilą tego ustalenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, o ile wygaśnięcie nie nastąpiło wcześniej.

4. W razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia, składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczenia wpłat i zwraca się jednocześnie z wypłatą wartości wykupu albo z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w głównej umowie ubezpieczenia – o ile wcześniej zostały opłacone wszystkie składki regularne należne tytułem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia nie ulega rozwiązaniu, wówczas składkę wskazaną w ust. 3 rozlicza się zgodnie z postanowieniami głównej umowy ubezpieczenia dotyczącymi rozliczenia wpłat. Pozostałą nadpłaconą część tej składki zwraca się ubezpieczającemu na jego wniosek albo – jeżeli wniosek nie został złożony – przeznaczają się na przyszłe składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia należne w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.

§ 8.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ustalając wysokość świadczeń ubezpieczeniowych, uwzględnia się kwoty tych świadczeń obowiązujące w pierwszym dniu hospitalizacji lub w czasie pobytu w ambulatorium, podczas których przeprowadzono postępowanie medyczne, z zastrzeżeniem § 2 ust. 12 i 13.
2. Dokumentację potwierdzającą postępowania medyczne lub okoliczności będące podstawą wypłat świadczeń ryczałtowych lub świadczeń lekowych, stanowią łącznie:
 - 1) skierowanie do szpitala lub ambulatorium, chyba że okoliczności uzasadniały hospitalizację lub pobyt w ambulatorium bez skierowania;
 - 2) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - 3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna dotycząca diagnozowania i leczenia choroby lub urazu będących przyczyną hospitalizacji lub pobytu w ambulatorium;
 - 4) zalecenie od lekarza specjalisty onkologa zastosowania: chemioterapii niestandardowej lub innej nowoczesnej metody leczenia nowotworu złośliwego, a także kopia decyzji Narodowego Funduszu Zdrowia dotycząca odmowy ich refundacji (dotyczy świadczenia lekowego);
 - 5) inne dokumenty, których Towarzystwo będzie wymagać w związku z ustaleniem wysokości i wypłatą świadczeń ubezpieczeniowych.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane ubezpieczonemu.
4. Do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie nieuregulowanym w ustępach powyżej stosuje się odpowiednio postanowienia głównej umowy ubezpieczenia dotyczące wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 9.

ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD DODATKOWEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt. 2 jest równoznaczne z odstąpieniem od dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego.

2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia lub wynikającymi z przepisów prawa, dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:

- 1) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy;
- 2) z końcem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia;
- 3) z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego;
- 4) z dniem rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazanej w § 4 ust. 1 pkt. 2 zawartej na rachunek tego samego ubezpieczonego;
- 5) z dniem rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.

§ 10.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta główna umowa ubezpieczenia.

§ 11.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, stanowiącym ich integralną część, jest Wykaz postępowań medycznych.

OWU umowy dodatkowej zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 75/2022 i weszły w życie 10 września 2022 r.