

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

ALLIANZ BEZPIECZNE ŻYCIE

Indeks ABŻ01

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ALLIANZ BEZPIECZNE ŻYCIE

W tabeli wskazujemy istotne informacje o ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Pojęcia zdefiniowane w o.w.u., mają znaczenie nadane im w o.w.u. Ilekroć w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w §80 o.w.u. (pojęcia zdefiniowane są wyróżnione w treści o.w.u. pogrubionym drukiem), to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie do danego świadczenia.

NAZWA ŚWIADCZENIA	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA	
	Przesłanki wypłaty świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Śmierć Ubezpieczonego	§2 ust. 1; §64; §65; §66; §80	§2 ust. 2; §60 ust. 2; §66 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz assistance pogrzebowy w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	§3 ust. 1, 3, 5; Tabela nr 1; Tabela nr 2; §64; §65; §66; §80	§3 ust. 7-11; łączne wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 1 i Tabeli nr 2; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §66 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	§4 ust. 1; §64; §65; §66; §80	§4 ust. 3; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §66 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§5 ust. 1; §64; §65; §66; §80	§5 ust. 3-5; §53; §60 ust. 2; §66 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§6 ust. 1 i 3; Tabela nr 3; §64; §65; §80; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony”	§6 ust. 4-13; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 3; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny” lub „Zakres rozszerzony”

Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	§7 ust. 1-4; §64; §65; §80	§7 ust. 5-8; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Assistance onkologiczny	§8 ust. 1, 4-6, 8, 13, Tabela nr 4, Tabela nr 5, Tabela nr 6, §64, §65, §80	§8 ust. 2-3, 7-13; maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 4; wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 5; Tabela nr 5: Rozdział I pkt 2-4 każdorazowo po średniku, Rozdział I pkt 10-11 każdorazowo informacja zawarta w nawiasie, Rozdział I pkt 13 w zakresie ćwiczeń wytrzymałościowych informacja zawarta w nawiasie; wysokości sum ubezpieczenia assistance i limitów wskazane w Tabeli nr 6; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	§9 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§9 ust. 2-3, 5-9; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	§10 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§10 ust. 2-3, 5-8; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	§11 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§11 ust. 2-3, 5-6; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	§12 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§12 ust. 2-3, 5-7; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	§13 ust. 1 i 3; §64; §65; §80	§13 ust. 2-3, 4-7; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	§14 ust. 1; §64; §65; §80	§14 ust. 2-10; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80

Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	§15 ust. 1; §64; §65; §80	§15 ust. 3-6; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	§16 ust. 1; §64; §65; §80; Załącznik nr 2	§16 ust. 1-6; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	§17 ust. 1 i 2; §64; §65; §80; Załącznik nr 3	§17 ust. 3-8; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80; Załącznik nr 3: pkt V ppkt 2, pkt VI ppkt 2, pkt VIII ppkt 1, pkt XIII ppkt 1, pkt XV ppkt 1
Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	§18 ust. 1 i 2; §64; §65; §80; Załącznik nr 4	§18 ust. 3-6; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§19 ust. 1 i 2; Tabela nr 7; §64; §65; §80	§19 ust. 3-9; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	§20 ust. 1; §64; §65; §80	§20 ust. 3-6; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Teleopieka kardiologiczna	§21 ust. 1-2, 4-6; §64; §65; §80; Załącznik nr 5	§21 ust. 3, 8-11; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§22 ust. 1 i 3; §64; §65; §80; Załącznik nr 6	§22 ust. 5-10; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80; postanowienia w Załączniku nr 6, od słów „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, b) w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1-I3, K1, Ł1, P2, P6
Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	§23 ust. 1; §64; §65; §80	§23 ust. 2 i 3; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§24 ust. 1; §64; §65; §80	§24 ust. 1, 3-6; §53 ust. 1 i 3; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80

<p>Świadczenia assistance i telemedycyna</p>	<p>§25 ust. 1, 3-4, 9-10 Tabela nr 8, Tabela nr 9, §64, §65, §80</p>	<p>§25 ust. 2, 4-10; zakres terytorialny, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 8; Tabela nr 9:</p> <p>a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie, b) Rozdział I pkt 2, 4 i 12 oraz Rozdział II – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 7 lit. a. i b. każdorazowo począwszy od słów: „świadczenie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 9 zdanie ostatnie, e) Rozdział IV pkt 1 po lit. l., pkt 2 po lit. i., pkt 3 po lit. h. każdorazowo począwszy od słów: „informacje, o których mowa (...)”, f) Rozdział V oraz Rozdział V lit. a.-c. każdorazowo informacje zawarte w nawiasach;</p> <p>zakres terytorialny, limit łączny i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 9; Tabela nr 9:</p> <p>a) Rozdział I pkt 1 zdanie ostatnie, b) Rozdział I pkt 2, 4 i 12 oraz Rozdział II - każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział I pkt 7 lit. a. i b. każdorazowo począwszy od słów: „świadczenie jest realizowane (...)”, d) Rozdział I pkt 9 począwszy od słów „o ile usługa (...)”, e) Rozdział I pkt 11 zdanie ostatnie, f) Rozdział IV oraz Rozdział IV lit. a.-c. każdorazowo informacje zawarte w nawiasach;</p> <p>§53; §54; §55; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80</p>
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Świadczenia assistance 70+	§26 ust. 1-2, 7-8; §64; §65; Tabela nr 10; §80	§26 ust. 2-8; zakres terytorialny, wysokości limitów wskazane w Tabeli nr 10; Tabela nr 10: Rozdział I pkt 1, pkt 2 po średniku, b) Rozdział I pkt 3 po pierwszym średniku, c) Rozdział I pkt 4 postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, d) Rozdział I pkt 11 od myślnika od słów: „w zależności od wyboru Ubezpieczonego(...)”, e) Rozdział I pkt 13 po słowach „pobytu Ubezpieczonego” f) Rozdział I pkt 14 po pierwszym średniku, g) Rozdział I pkt 15 po średniku, h) Rozdział III pkt 1 i 2 postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, i) Rozdział III pkt 3. po pierwszym średniku; §53; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Śmierć małżonka albo partnera	§27 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §27 ust. 2-4; §68 ust. 5; §80
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§28 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §28 ust. 3; §54 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	§29 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §29 ust. 3; §54 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	§30 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §30 ust. 3-6; §54; §68 ust. 5; §80
Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	§31 ust. 1, 3-4, 17; Tabela nr 11; §64; §65; §80; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny”	§1 ust. 3; §31 ust. 4-17; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 11; §54; §68 ust. 5; §80; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Zakres optymalny”

Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	§32 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §32 ust. 2-3, 5-10; §54; §68 ust. 5; §80
Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	§33 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §33 ust. 2-3, 5-8; §54 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	§34 ust. 1 i 3; §64; §65; §80; Załącznik nr 6	§1 ust. 3; §34 ust. 5-10; §54 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80; postanowienia w Załączniku nr 6, rozpoczynające się od „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli trwałych uszczerbków na zdrowiu, b) w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1-I3, K1, Ł1, P2, P6
Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§35 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §35 ust. 1, 3-6; §54 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Urodzenie się dziecka	§36 ust. 1-4, 6; Tabela nr 12; Tabela nr 13; §64; §65; §80	§36 ust. 4-6; zakres terytorialny i limity wskazane w Tabeli nr 12; Tabela nr 12: Rozdział I pkt 1 i 2 po przecinku, Rozdział II pkt 1 po średniku, Rozdział II pkt 2 po słowach „pobytu Ubezpieczonego” Rozdział II pkt 3 i 4 zdanie ostatnie, zakres terytorialny, wysokości sum ubezpieczenia assistance i limitów wskazane w Tabeli nr 13; Tabela nr 13: Rozdział I pkt 1 i 2 po przecinku, Rozdział II pkt 1 po średniku, Rozdział II pkt 2 po słowach „pobytu małżonka albo partnera”, Rozdział II pkt 4 i 5 zdanie ostatnie, §68 ust. 5; §80
Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar	§37; §64; §65; §80	§68 ust. 5; §80
Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej	§38 ust. 1-3; §64; §65; §80; Załącznik nr 7	§38 ust. 4-7; §68 ust. 5; §80
Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka	§39 ust. 1 i 2; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §39 ust. 2-4; §68 ust. 5; §80

Śmierć dziecka	§40 ust. 1; §64; §65; §80	§40 ust. 2 i 3; §68 ust. 5; §80
Śmierć dziecka w następstwie wypadku	§41 ust. 1; §64; §65; §80	§41 ust. 2; §55 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Poważne zachorowanie dziecka	§42 ust. 1, 3-4, 15; Tabela nr 14; §64; §65; §80; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”	§42 ust. 4-15; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 14; §55; §68 ust. 5; §80; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie dziecka”
Leczenie dziecka w szpitalu	§43 ust. 1, 3-5; §64; §65; §80	§43 ust. 2-3, 6-10; §55; §68 ust. 5; §80
Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	§44 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80	§44 ust. 2-3, 5-8; §55 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	§45 ust. 1, 3-4; §64; §65; §80; Załącznik nr 8	§45 ust. 5-13; §55 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80; Załącznik nr 8 pkt 8 ppkt 8 informacja zawarta w nawiasie
Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	§46 ust. 1; §64; §65; §80	§46 ust. 1, 3-6; §55 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80
Osierocenie dziecka	§47 ust. 1 i 2; §64; §65; §80	§47 ust. 4-5; §60 ust. 2; §68 ust. 5; §80
Śmierć rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego	§48 ust. 1; §64; §65; §80	§48 ust. 3; §56; §68 ust. 5; §80
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	§49 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §49 ust. 2-5; §68 ust. 5; §80
Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	§50 ust. 1; §64; §65; §80	§1 ust. 3; §50 ust. 2 i 3; §57 ust. 1 i 3; §68 ust. 5; §80

<p>Świadczenia assistance związane z rodzicem Ubezpieczonego</p>	<p>§51 ust. 1-2, 8-9; §64; §65; Tabela nr 15; §80</p>	<p>§51 ust. 2-9; zakres terytorialny i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 15; Tabela nr 15: Rozdział I pkt 1, pkt 2 po średniku, b) Rozdział I pkt 3 po pierwszym średniku, c) Rozdział I pkt 4 postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, d) Rozdział I pkt 11 od myślnika od słów: „w zależności od wyboru Ubezpieczonego (...)”, e) Rozdział I pkt 13 po słowach „rodzica Ubezpieczonego” f) Rozdział I pkt 14 po pierwszym średniku, g) Rozdział I pkt 15 po średniku, h) Rozdział III pkt 1 i 2 postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, i) Rozdział III pkt 3. po pierwszym średniku; §57; §68 ust. 5; §80</p>
<p>Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego</p>	<p>§52 ust. 1, 3-4, 14-15; Tabela nr 16; §64; §65; §80; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”</p>	<p>§ 52 ust. 4-15; zakres terytorialny, maksymalna liczba świadczeń do wykorzystania i wysokości sum ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 16; §57; §68 ust. 5; §80; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 w części „Poważne zachorowanie rodzica”</p>

SPIS TREŚCI

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA	13
CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE	14
§ 1. Zakres ubezpieczenia	14
§ 2. Śmierć Ubezpieczonego	14
ŚWIADCZENIA DODATKOWE	14
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM	14
§ 3. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz asystancie pogrzebowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego lub członka rodziny w następstwie wypadku	14
§ 4. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego	15
§ 5. Śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	15
§ 6. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	15
§ 7. Rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu	17
§ 8. Asystance onkologiczny	17
§ 9. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu	21
§ 10. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku	21
§ 11. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM	22
§ 12. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku komunikacyjnego	22
§ 13. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie ostrego zawału serca lub udaru mózgu	22
§ 14. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu rehabilitacyjnym po pobycie w szpitalu w następstwie wypadku, ostrego zawału serca, udaru mózgu lub z powodu zabiegu operacyjnego	23
§ 15. Koszty leków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	23
§ 16. Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	24
§ 17. Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	24
§ 18. Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	24
§ 19. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	25
§ 20. Kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	26
§ 21. Teleopieka kardiologiczna	26
§ 22. Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	27
§ 23. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie wypadku	27
§ 24. Koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w Polsce w następstwie wypadku	27
§ 25. Świadczenia asystancie i telemedycyna	28
§ 26. Świadczenia asystancie 70+	34
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM	37
§ 27. Śmierć małżonka albo partnera	37
§ 28. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku	37
§ 29. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie wypadku komunikacyjnego	37
§ 30. Śmierć małżonka albo partnera w następstwie zawału serca lub udaru mózgu	37
§ 31. Poważne zachorowanie małżonka albo partnera	37
§ 32. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu	39
§ 33. Leczenie małżonka albo partnera w szpitalu w następstwie wypadku	39
§ 34. Trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w następstwie wypadku	40
§ 35. Koszty leczenia małżonka albo partnera poniesione w Polsce w następstwie wypadku	40
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM	41
§ 36. Urodzenie się dziecka	41
§ 37. Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar	43
§ 38. Zdiagnozowanie u dziecka wady wrodzonej	43
§ 39. Poronienie albo urodzenie się martwego dziecka	43
§ 40. Śmierć dziecka	43
§ 41. Śmierć dziecka w następstwie wypadku	44
§ 42. Poważne zachorowanie dziecka	44
§ 43. Leczenie dziecka w szpitalu	45
§ 44. Leczenie dziecka w szpitalu w następstwie wypadku	45
§ 45. Uszczerbek na zdrowiu dziecka w następstwie wypadku lub pogryzienie dziecka przez psa	46
§ 46. Koszty leczenia dziecka poniesione w Polsce w następstwie wypadku	46
§ 47. Osierocenie dziecka	47
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZEŃSTWEM UBEZPIECZONEGO	47
§ 48. Śmierć rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego w następstwie wypadku	47
ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA	47
§ 49. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera	47
§ 50. Śmierć rodzica Ubezpieczonego lub śmierć rodzica małżonka albo rodzica partnera w następstwie wypadku	47
§ 51. Świadczenia asystancie związane z rodzicem Ubezpieczonego	47
§ 52. Poważne zachorowanie rodzica Ubezpieczonego	50

OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI	52
§ 53. Wyłączenia odpowiedzialności związane z Ubezpieczonym	52
§ 54. Wyłączenia odpowiedzialności związane z małżonkiem albo partnerem	52
§ 55. Wyłączenia odpowiedzialności związane z dzieckiem	52
§ 56. Wyłączenia odpowiedzialności związane z rodzeństwem rodzonym lub przyrodnim.	53
§ 57. Wyłączenia odpowiedzialności związane z rodzicem Ubezpieczonego lub rodzicem małżonka albo rodzicem partnera	53
OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z UMOWĄ	54
§ 58. Zawarcie umowy	54
§ 59. Wiek Ubezpieczonego	54
§ 60. Podanie okoliczności, o które pytamy	54
§ 61. Suma ubezpieczenia.	54
§ 62. Składka	54
§ 63. Informacje o warunkach umowy	54
ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ.	54
§ 64. Zgłoszenie zdarzenia	54
§ 65. Zasady ustalania i wypłaty świadczeń.	54
§ 66. Na rzecz kogo realizujemy świadczenie	55
JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY	55
§ 67. Początek ochrony	55
§ 68. Zawieszenie ochrony	55
§ 69. Czas trwania umowy.	56
§ 70. Zmiany w umowie.	56
§ 71. Koniec ochrony	56
§ 72. Odstąpienie od umowy.	56
§ 73. Wypowiedzenie umowy	56
§ 74. Rozwiązanie umowy	56
§ 75. Skrócenie okresu karencji.	56
§ 76. Jak złożyć reklamację, skargę lub zażalenie	57
§ 77. Jak inaczej można rozwiązać spór	57
§ 78. Obowiązujące przepisy prawa	57
§ 79. Właściwość sądów	57
DEFINICJE	57
§ 80. Definicje	57
§ 81. Skrócone nazwy aktów prawnych	60
Załącznik nr 1 – Wykaz poważnych zachorowań	62
Załącznik nr 2 – Leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia	71
Załącznik nr 3 – Zabiegi operacyjne Ubezpieczonego	73
Załącznik nr 4 – Wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych	75
Załącznik nr 5 – Tabela stanów chorobowych, uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z teleopieki kardiologicznej	77
Załącznik nr 6 – Tabela trwałych uszczerbków na zdrowiu	80
Załącznik nr 7 – Kategorie wad wrodzonych	94
Załącznik nr 8 – Tabela uszczerbku na zdrowiu dziecka	95
Załącznik nr 9 – Opodatkowanie świadczeń z umowy	98

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych ogólnych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, Umowę ubezpieczenia na życie „Allianz Bezpieczne Życie”.

W TYCH O.W.U. ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

- zakresu ubezpieczenia (co obejmuje i czego nie obejmuje ubezpieczenie),
- obowiązków **Ubezpieczającego** oraz **Ubezpieczonego**,
- procesu wypłaty świadczeń,
- najważniejszych elementów **umowy**,
- pojęć używanych przez nas, czyli definicji.

Gdy piszemy **Ubezpieczający**, mamy na myśli osobę, która zawiera **umowę** i jest odpowiedzialna za opłacanie składki.

Gdy piszemy **Ubezpieczony**, mamy na myśli osobę, którą chronimy na podstawie zawartej **umowy**.

Na podstawie tych **o.w.u.** możesz zawrzeć **umowę** wyłącznie na własny rachunek, co oznacza, że **Ubezpieczającym** i **Ubezpieczonym** będzie zawsze ta sama osoba, czyli **Ty**.

Prosimy o zapoznanie się z rozdziałem „Definicje”, w którym wyjaśniamy pojęcia używane w tych **o.w.u.** Niektóre słowa zdefiniowaliśmy inaczej niż są powszechnie rozumiane. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, używając go w **o.w.u.**, zawsze rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w rozdziale „Definicje” lub w załącznikach do tych **o.w.u.**

Gdy piszemy **my**, mamy na myśli Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną.

Na podstawie tych **o.w.u.** organizujemy i pokrywamy również koszty świadczeń wykonywanych przez inne podmioty. Usługi w zakresie świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych i teleopieki kardiologicznej świadczy na naszą rzecz AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwana w dalszej części **o.w.u. centrum operacyjnym**.

Gdy piszemy **umowa**, mamy na myśli umowę ubezpieczenia na życie „Allianz Bezpieczne Życie” zawartą pomiędzy **Ubezpieczającym** a **nami** na podstawie tych **o.w.u.**

Gdy piszemy **o.w.u.**, mamy na myśli te ogólne warunki ubezpieczenia.

Gdy piszemy **świadczenia dodatkowe**, mamy na myśli wszystkie odpowiednie świadczenia poza śmiercią Ubezpieczonego, o które może zostać rozszerzony zakres ochrony na podstawie wybranego **wariantu** lub **pakietu**.

Ochrona danych osobowych

Jesteśmy administratorem danych osobowych, które zbieramy w związku z zawarciem i wykonaniem **umowy** zawartej na podstawie tych **o.w.u.**

Pełną treść klauzuli informacyjnej, która opisuje zasady przetwarzania przez nas danych osobowych, przekazujemy zbierając dane. Dodatkowo, informacje te dostępne są dla wszystkich na naszej stronie internetowej allianz.pl.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **allianz.pl**

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE

W tym rozdziale przedstawiamy najważniejsze informacje o zakresie ochrony. Opisujemy, co obejmujemy i czego nie obejmujemy ochroną.

§ 1. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. W umowach zawieranych na podstawie tych o.w.u. ochrona zawsze obejmuje śmierć Ubezpieczonego. Możesz rozszerzyć zakres ochrony również o inne świadczenia dodatkowe wskazane w tych o.w.u.
2. Zakres ubezpieczenia określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w polisie.
3. W razie rozszerzenia zakresu ochrony o świadczenia dodatkowe dotyczące zdarzeń w Twoim życiu odnoszących się do **matłonka** albo **partnera** lub **rodziców matłonka** albo **rodziców partnera**, obejmujemy ochroną zdarzenia dotyczące **matłonka** i **rodziców matłonka**, chyba że wskazałeś **partnera** we wniosku o zawarcie umowy lub pisemnym oświadczeniu. Jeżeli to zrobisz, obejmujemy ochroną zdarzenia dotyczące wskazanego **partnera** i **rodziców partnera** zaistniałe od dnia złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** – nawet jeśli w dniu zajścia zdarzenia pozostawać będziesz w związku małżeńskim z inną osobą niż wskazany **partner**.

§ 2. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ochrony wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w umowie. Wysokość świadczenia potwierdzimy w polisie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, które nastąpiło przed upływem 6 miesięcy od daty zawarcia umowy;
 - b) czynnego udziału Ubezpieczonego w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania Ubezpieczonego na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**.

ŚWIADCZENIA DODATKOWE

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

§ 3. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU ORAZ ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO LUB CZŁONKA RODZINY W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w umowie.
2. Wysokość świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku** określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w polisie, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć Ubezpieczonego.

ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku** – na wniosek

uprawnionego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1, z uwzględnieniem limitów wskazanych w tej tabeli.

4. Świadczenia assistance realizujemy za pośrednictwem **centrum operacyjnego**.

Tabela nr 1 (świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**)

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	
Organizacja i pokrycie następujących kosztów pogrzebu Ubezpieczonego: kosztów przewożenia ciała, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, postawienia nagrobka, zakupu wieńców i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	4000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb	
Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu Ubezpieczonego	1000 zł
3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego	
Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej (w zależności od wyboru uprawnionego) o: a) danych teleadresowych sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej; b) procedurze i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią Ubezpieczonego w następstwie wypadku; c) aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.	6 konsultacji

ASSISTANCE POGRZEBOWY W PRZYPADKU ŚMIERCI CZŁONKA RODZINY W NASTĘPSTWIE WYPADKU

5. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **członka rodziny**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **członka rodziny** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od **wypadku** – na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, z uwzględnieniem limitów wskazanych w tej tabeli.
6. Świadczenia assistance realizujemy za pośrednictwem **centrum operacyjnego**.

Tabela nr 2 (świadczenia w przypadku śmierci **członka rodziny** w następstwie **wypadku**)

ASSISTANCE POGRZEBOWY	Łączna wysokość limitu na zdarzenie
1. Organizacja i pokrycie kosztów pogrzebu	
Organizacja i pokrycie następujących kosztów pogrzebu członka rodziny: kosztów przewożenia ciała, zakupu trumny lub urny, zakupu miejsca na cmentarzu, postawienia nagrobka, zakupu wieńców i kwiatów, zakupu odzieży żałobnej, ceremonii pogrzebowej, poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej	4000 zł
2. Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu na pogrzeb	
Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu do miejsca pogrzebu członka rodziny	1000 zł

3. Świadczenia w zakresie infolinii dotyczącej przepisów prawa spadkowego

Udzielanie informacji telefonicznej lub w formie elektronicznej (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) o:

- danych teled adresowych sądów, prokuratury, policji, urzędów administracji publicznej;
- procedurze i wiążących się z nią kosztach w postępowaniu spadkowym związanym ze śmiercią członka rodziny w następstwie wypadku;
- aktualnej lub archiwalnej treści aktów prawnych w zakresie przepisów dotyczących postępowania spadkowego.

6 konsultacji

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
- Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1, jeżeli **wypadek**, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu Ubezpieczonego drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 2, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **członka rodziny** powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 54 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **matłonkiem** albo **partnerem**),
 - okoliczności wskazanych w § 55 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **dzieckiem**),
 - okoliczności wskazanych w § 56 ust. 1 lub 2 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **rodzeństwem rodzonym lub przyrodnym**),
 - okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do śmierci **członka rodziny** będącego **rodzicem Ubezpieczonego** lub **rodzicem matłonka** albo **rodzicem partnera**);
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **członka rodziny** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- Nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń assistance wskazanych w tabeli nr 1 i 2 poza terytorium Polski.
- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 1 lub w tabeli nr 2, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem.

§ 4. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć Ubezpieczonego, oraz śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje również śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, jeżeli ten wypadek, który stał się przyczyną śmierci Ubezpieczonego, powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 5. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w **okresie ochrony**, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi przed upływem 90 dni od wystąpienia **zawału serca** lub **udar mózgu**, wypłacimy **uprawnionemu** świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć Ubezpieczonego.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli **zawał serca** lub **udar mózgu** powstał wskutek:
 - okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, która nastąpiła przed upływem 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem;
 - następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorem tłuszczowym lub zatorem powietrznym, choroby kesonowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
- Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.

§ 6. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** u Ubezpieczonego zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w zależności od zakresu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony:
 - w części „Zakres optymalny”; albo
 - w części „Zakres rozszerzony”;wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
- Wysokość świadczenia i zakres ubezpieczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO PO POWAŻNYM ZACHOROWANIU

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego, wymienionego w ust. 1, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 3, na zasadach określonych

w tej tabeli oraz ust. 4-5, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.

4. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), na każdą **chorobę** lub zabieg, przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego Ubezpieczony może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.

5. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 3 (świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego po poważnym zachorowaniu)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO				
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg:			Wysokość limitu na każdą chorobę lub zabieg	
I. Konsultacje				
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog		
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog		
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog			
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji			
5. Ginekolog	10. Neurochirurg			
II. Diagnostyka laboratoryjna				
13.				
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała		
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała		
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite		
• PT	• kwas moczowy	• glukoza		
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram		
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne				
14. Badania radiologiczne (RTG)				
15. Badania ultrasonograficzne (USG)				
16. Rezonans magnetyczny			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania	
17. Tomografia komputerowa			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**

7. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u Ubezpieczonego **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:

- a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
- b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
- c) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).

8. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego **choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.

9. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli Ubezpieczony zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.

10. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tę samą **chorobę** lub ten sam zabieg.

11. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.

12. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które, zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.

13. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.

§ 7. ROZPOZNANIE U UBEZPIECZONEGO WCZESNEJ POSTACI NOWOTWORU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku rozpoznania u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** wczesnej postaci nowotworu, który należy do jednej z kategorii określonych w ust. 2, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.
2. Obejmujemy ochroną następujące wczesne postaci nowotworu:
 - a) nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji ICD-10;
 - b) nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji ICD-10;
 - c) nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji ICD-10;
 - d) czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji ICD-10;
 - e) nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji ICD-10;
 - f) nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji ICD-10;
 - g) nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji ICD-10;
 - h) nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji ICD-10;
 - i) nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji ICD-10;
 - j) guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości;
 - k) zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji ICD-10;
 - l) nowotwór mieloproliferacyjny;
 - m) brodawkowaty mikro-rak tarczycy;
 - n) rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
 - o) rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6).
3. Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa.
4. Data rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień rozpoznania wczesnej postaci nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Ochroną obejmujemy również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu będzie późniejsza.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu, jeżeli było ono skutkiem:
 - a) zakażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego;
 - b) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego, lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - c) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza.
6. Nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci przewlekłej białaczki szpikowej.
7. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu, które wystąpiło w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
8. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych w ust. 2.

§ 8. ASSISTANCE ONKOLOGICZNY

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** Ubezpieczonemu zostanie wydana karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie pisemnego skierowania od lekarza prowadzącego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w tabeli nr 4.
2. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 20 świadczeń medycznych, o których mowa w tabeli nr 4, w odniesieniu do tego samego wstępnego rozpoznania (niezależnie od liczby wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego Ubezpieczony może skorzystać tylko raz na każde rozpoznanie.
3. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, w związku z tym samym rozpoznaniem.

Tabela nr 4 (świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA			Wysokość limitu na jedno zdarzenie
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dwadzieścia świadczeń medycznych na jedno zdarzenie:			
I. Konsultacje			
1. Chirurg	6. Urolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Pulmonolog	12. Hematolog	
3. Otolaryngolog	8. Lekarz rehabilitacji	13. Nefrolog	
4. Ortopeda	9. Onkolog	14. Dermatolog	
5. Ginekolog	10. Endokrynolog		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
15.			
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania
• fibrynogen	• proteinogram		
• glukoza	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity		
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny		
• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne			
16. Biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)			
17. Badania radiologiczne (RTG)			
18. Badania ultrasonograficzne (USG)			
19. Rezonans magnetyczny			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania
20. Tomografia komputerowa			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania

4. W przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u Ubezpieczonego lub rodzica Ubezpieczonego, rodzeństwa Ubezpieczonego lub **dziecka**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabeli nr 5.

Tabela nr 5 (świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu u Ubezpieczonego lub rodzica Ubezpieczonego, rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego:	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego , zapewnimy:	
a) organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków; koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony.	
3. Dostarczenie leków zleconych przez lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaleconych przez lekarza; koszt leków pokrywa Ubezpieczony.	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego; dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony.	
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczony używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego, do wysokości wskazanego obok limitu.	
6. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	5000 zł
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej.	w odniesieniu do jednego zdarzenia
7. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego, lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.	
9. Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, wymagana jest opieka nad jego niepełnoletnimi dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad zwierzętami domowymi	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, wymagana jest opieka nad zwierzętami domowymi (pies, kot), na wniosek Ubezpieczonego, w miejscu jego pobytu zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad zwierzętami, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny (koszt zakupu karmy oraz środków higieny nie jest przez nas pokrywany).	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów (koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków nie jest przez nas pokrywany).	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	maksymalnie pięć konsultacji
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczony chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty w poradni psychoonkologii.	w odniesieniu do jednego zdarzenia

13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego, zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których wykonywane będą:	
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (koszt wypożyczenia lub zakupu urządzeń nie jest przez nas pokrywany) 	<ul style="list-style-type: none"> • trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
<ul style="list-style-type: none"> • ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego 	<ul style="list-style-type: none"> • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego:	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów	
W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego, rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka, zorganizujemy i pokryjemy wykonania Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego.	
maksymalnie jedno świadczenie w odniesieniu do jednego zdarzenia (10 konsultacji stanowi łącznie 1 świadczenie)	
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	
W razie zaawansowanego nowotworu ojca lub matki Ubezpieczonego, rodzeństwa Ubezpieczonego lub dziecka , zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonego koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego.	
maksymalnie jeden test w odniesieniu do jednego zdarzenia	
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
maksymalnie pięć konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia	

- Ponadto, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego **zaawansowanego nowotworu**, Ubezpieczonego należy świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 6.
- Świadczenie, o którym mowa w ust. 5, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 6.

- Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 5, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 6. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 6 (świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego **zaawansowanego nowotworu** związane z jego **matronkiem, partnerem, dzieckiem** lub rodzeństwem)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Pomoc assistance związana z matronkiem albo partnerem, lub dzieckiem.	3000 zł
Psychoonkolog	maksymalnie pięć konsultacji łącznie dla matronka albo partnera , lub dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, jego matronek albo partner , lub dziecko chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z rodzeństwem Ubezpieczonego i dziećmi:	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	5000 zł
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania rodzeństwu Ubezpieczonego lub dzieciom testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez rodzeństwo Ubezpieczonego lub dzieci na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u Ubezpieczonego.	maksymalnie jeden test dla każdego z rodzeństwa Ubezpieczonego, dziecka (niezależnie od liczby badanych genów w ramach jednego testu) w odniesieniu do jednego zdarzenia
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego rodzeństwu Ubezpieczonego lub dzieciom .	maksymalnie jedna konsultacja dla każdego rodzeństwa Ubezpieczonego i dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia

Gdy rodzeństwo Ubezpieczonego lub **dzieci** po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.

maksymalnie pięć konsultacji łącznie dla rodzeństwa lub **dzieci** w odniesieniu do jednego zdarzenia

8. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji plastycznej na terytorium Polski w warunkach bloku operacyjnego, mającej na celu usunięcie blizn, znamion lub nieprawidłowości w budowie ciała Ubezpieczonego, powstałych w wyniku operacyjnego usunięcia **zaawansowanego nowotworu**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** pokryjemy jej koszt do wysokości 20 000 zł w odniesieniu do jednego **zaawansowanego nowotworu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

9. Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
- nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza;
 - spożycia leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii.
10. Za **zaawansowany nowotwór** nie uznajemy:
- zespołów mielodysplastycznych;
 - nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej;
 - nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych;
 - zmian przednowotworowych;
 - nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis);
 - dysplazji dużego stopnia;
 - środnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3);
 - guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości;
 - brodawkowego mikro-raka tarczycy;
 - raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
 - raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6);
 - nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM;
 - nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
11. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje lekarz prowadzący.
12. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **sily wyższej**.
13. Jeżeli świadczenie asystance przekroczy limit kosztów wskazanych w tabeli nr 5 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 6, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 9. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
- choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - powiktań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.

2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek**, o którym mowa w ust. 1 lit c) miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powiktań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek:
- okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
- wadami wrodzonymi**;
 - przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - leczeniem skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powiktańmi ciąży.
8. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 10. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w umowie i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** było nadwyżnienie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 11. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU NA OIOM

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** na **OIOM**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia **choroby** lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w umowie za każdy **dzień pobytu** w **szpitalu** na **OIOM**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** na **OIOM**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu** na **OIOM**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu** na **OIOM** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** na **OIOM** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** na **OIOM**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** na **OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby** lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** na **OIOM**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) leczeniem skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.

§ 12. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku trwającego nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku komunikacyjnego**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za

każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** i leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje te świadczenia dodatkowo.

2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek komunikacyjny** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku komunikacyjnego** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku komunikacyjnego** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku komunikacyjnego**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 13. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W NASTĘPSTWIE OSTREGO ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, który to pobyt rozpoczął się w **okresie ochrony**, i trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu** w **szpitalu**. Minimalną długość pobytu w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu** i wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowo.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**.
3. Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca** lub **udar mózgu**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;

- c) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - d) **wad wrodzonych**;
 - e) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - f) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekami – w przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **udaru mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem:
- a) napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, który wystąpił w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca** lub **udaru mózgu**, które powstały wskutek:
- a) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - b) **wad wrodzonych**;
 - c) niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekami – jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **ostrego zawału serca**.
8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** z powodu **zabiegu operacyjnego**, jeżeli poddanie się przez Ubezpieczonego **zabiegowi operacyjnemu** było skutkiem:
- a) **wad wrodzonych**;
 - b) poprzednio wykonywanego u Ubezpieczonego **zabiegu operacyjnego**.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których Ubezpieczony przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu rehabilitacyjnym**.

§ 14. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU REHABILITACYJNYM PO POBYCIE W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU, OSTREGO ZAWAŁU SERCA, UDARU MÓZGU LUB Z POWODU ZABIEGU OPERACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w ciągu 30 dni od:
 - a) zakończenia pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** trwającego co najmniej 6 dni, który był spowodowany przez **ostry zawał serca**;
 - b) zakończenia pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** trwającego co najmniej 10 dni, który był spowodowany przez **wypadek** lub **zabieg operacyjny**;
 - c) zakończenia pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu** trwającego co najmniej 14 dni, który był spowodowany **udarem mózgu**,
 wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu rehabilitacyjnym** potwierdzimy w **polisie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 30 dni pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 30 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu rehabilitacyjnym**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, **ostrego zawału serca**, **udaru mózgu** lub z powodu **zabiegu operacyjnego**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu w następstwie **wypadku** było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w **szpitalu rehabilitacyjnym** po pobycie w **szpitalu** w następstwie **udaru mózgu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem:
 - a) napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego;
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.

§ 15. KOSZTY LEKÓW PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku konieczności zakupu przez Ubezpieczonego **leków** po pobycie Ubezpieczonego w **szpitalu** rozpoczętego w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciężką, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień,
 wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonej w umowie sumy ubezpieczenia na każdy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na każdy pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty zakupu **leków**, które zostały poniesione w okresie 180 dni liczonych od dnia wypisu ze **szpitala**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty **leków** po pobycie Ubezpieczonego w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciężką lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za koszty **leków** po pobycie Ubezpieczonego w **szpitalu**, jeżeli pobyt w szpitalu związany był bezpośrednio:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacji, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za zwrot kosztów **leków** po pobycie Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

§ 16. LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE CHIRURGII JEDNEGO DNIA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku, gdy w **okresie ochrony** – w trakcie pobytu w **szpitalu**, który trwał nie dłużej niż 5 dni – Ubezpieczony podda się zabiegom wymienionym w załączniku nr 2 do tych **o.w.u.**, wypłacimy mu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** dla 1 zabiegu. Pokrywamy koszty:
 - a) zabiegu;
 - b) znieczulenia;
 - c) hospitalizacji;
 - d) opieki pielęgniarskiej;
 - e) lekarstw, transfuzji krwi, osocza, płynów dożylnych, iniekcji, środków opatrunkowych użytych podczas hospitalizacji lub zabiegu;
 - f) badań laboratoryjnych i diagnostycznych wykonanych podczas hospitalizacji;
 - g) jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na jeden zabieg potwierdzimy w **polisie**, przy czym wysokość limitu na wszystkie zabiegi wykonane w każdym **roku polisowym** ograniczona jest do kwoty 5000 zł.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje jedynie koszty, które Ubezpieczony poniósł w następstwie poddania się w trakcie pobytu w **szpitalu** zabiegom, które były następstwem:
 - a) **chorób** zdiagnozowanych w **okresie ochrony**; lub
 - b) obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli przyczyną poddania się przez Ubezpieczonego zabiegowi był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia, jeżeli:
 - a) zabieg miał na celu leczenie **wad wrodzonych**, lub schorzeń bezpośrednio związanych z **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzono zabieg chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem zabiegów mających na celu likwidację skutków **wypadków**.
6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia, które miało miejsce w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie Ubezpieczonego w zakresie chirurgii jednego dnia było wynikiem **wypadku**.

§ 17. ZABIEGI OPERACYJNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku poddania się przez Ubezpieczonego w **okresie ochrony zabiegowi operacyjnemu** wskazanemu w załączniku nr 3 do tych **o.w.u.**, związanemu z **chorobą** zdiagnozowaną w **okresie ochrony** lub z doznanymi obrażeniami ciała będącymi następstwem **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za **zabiegi operacyjne**:
 - a) z kategorii A – wypłacimy świadczenie w wysokości 25% kwoty określonej w lit. d poniżej;
 - b) z kategorii B – wypłacimy świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. d poniżej;
 - c) z kategorii C – wypłacimy świadczenie w wysokości 75% kwoty określonej w lit. d poniżej;
 - d) z kategorii D – wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne** Ubezpieczonego, jeżeli poddanie się przez Ubezpieczonego **zabiegowi operacyjnemu** było skutkiem:

- a) **wad wrodzonych**;
- b) poprzednio wykonywanego u Ubezpieczonego **zabiegu operacyjnego**.

4. Nie obejmujemy ochroną:
 - a) zabiegów operacyjnych prowadzonych w celach diagnostycznych;
 - b) **zabiegów operacyjnych** wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych;
 - c) **zabiegów operacyjnych** dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
 - d) **zabiegów operacyjnych** przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - e) **zabiegów operacyjnych** cięcia cesarskiego, z wyłączeniem rozwiązania ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie;
 - f) zabiegów małoinwazyjnych wykorzystujących techniki termoblacji (termolezji) lub krioblacji wybranych struktur układu nerwowego w celu zniesienia (blokowania) przewodzenia bólu.
5. Nie wypłacimy świadczenia za **zabiegi operacyjne** Ubezpieczonego, jeżeli przyczyną wykonania **zabiegu operacyjnego** był **wypadek** lub **choroba**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za poddanie się przez Ubezpieczonego **zabiegom operacyjnym** w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że poddanie się **zabiegom operacyjnym** było następstwem **wypadku**.
7. Jeżeli na skutek tego samego **wypadku, choroby** lub jej zaostreżeń albo powikłań, Ubezpieczony poddał się więcej niż jednemu **zabiegowi operacyjnemu** w obrębie tego samego narządu, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.
8. Jeżeli na skutek **choroby** lub **wypadku**, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, Ubezpieczony miał przeprowadzony **zabieg operacyjny** dotyczący kilku narządów, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.

§ 18. WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych wymienionych w załączniku nr 4 do tych **o.w.u.** przed upływem 3 miesięcy od wykonania **zabiegu operacyjnego** mającego miejsce w **okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w następujący sposób:
 - a) za powikłania z kategorii A, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. b poniżej;
 - b) za powikłania należące do kategorii B wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych, jeżeli **zabieg operacyjny**, którego następstwem jest powikłanie pooperacyjne, został przeprowadzony wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych, jeżeli powikłanie pooperacyjne było bezpośrednio wynikiem:
 - a) **wad wrodzonych**;
 - b) **reoperacji**.

5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego powikłań pooperacyjnych, jeżeli **zabieg operacyjny**, którego następstwem jest powikłanie pooperacyjne, był wykonywany:
 - a) w celu leczenia choroby nowotworowej;
 - b) w trybie nagłym, tj. w ciągu 24 godzin od przyjęcia Ubezpieczonego do **szpitala** ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego, skutkującym pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** co najmniej 3 dni po zabiegu;
 - c) w celach diagnostycznych.
6. Nie odpowiadamy za powikłania pooperacyjne będące zamierzonym następstwem przeprowadzonego w **szpitalu zabiegu operacyjnego** lub zaostreniem **chorób** współistniejących przed zabiegiem.

§ 19. LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku rozpoczęcia u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** wskazanych w tabeli nr 7 metod leczenia specjalistycznego, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia ustalimy w ten sposób, że za **leczenie specjalistyczne**:
 - a) z kategorii A – wypłacimy świadczenie w wysokości 50% kwoty określonej w lit. b poniżej;
 - b) z kategorii B – wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

Tabela nr 7 (leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego)

METODY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO	kategoria leczenia
1. ablacja – zabieg wykonywany za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca	B
2. chemioterapia albo radioterapia w postaci przyjęcia co najmniej jednego cyklu terapeutycznego	B
3. dializoterapia trwająca przez okres co najmniej trzech miesięcy w celu leczenia przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej	B
4. domowa terapia tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, pod tętnym warunkiem: <ul style="list-style-type: none"> • spełnienia kryteriów gazometrycznych: <ul style="list-style-type: none"> – p_aO₂ w spoczynku mniejsze lub równe 55 mm Hg z powtarzalnym wynikiem badania po miesiącu, – p_aO₂ w spoczynku w przedziale 56–60 mm Hg co najmniej przy występowaniu jednego z takich czynników, jak: radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego, elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory serca, wartość hematokrytu równa lub większa niż 55% z powtarzalnym wynikiem gazometrii po 3 miesiącach, • pozytywnej kwalifikacji przez Poradnię Domowego Leczenia Tlenem po 8 tygodniach od hospitalizacji po ostatnim zaostreniu choroby, • wartość czynnika SpO₂ ≤ 92%, oraz występuje klinicznie nasilona duszność, • zalecenia tlenoterapii powyżej 15 h/ dobę 	B
5. leczenie metodą Gamma Knife zmian chorobowych w obrębie struktur mózgowia lub tkanek górnego odcinka kręgosłupa szyjnego	A
6. terapia interferonowa w zakresie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C lub stwardnienia rozsianego (podawanie drogą pozajelitową interferonu)	B
7. trombektomia mechaniczna w udarze niedokrwiennym mózgu (zabieg wewnątrznaczyniowy wykonany w celu usunięcia niedrożności w obszarze unaczynienia mózgowego)	A
8. wertybroplastyka (zabieg przeprowadzony w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, wykonany w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej)	A
9. wszczepienie implantu ślimakowego (wszczepienie implantu ślimakowego w celu leczenia catkowej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu)	A
10. Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora (wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w celu leczenia poważnych zaburzeń rytmu pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia)	B
11. wszczepienie rozrusznika serca (wszczepienie urządzenia elektronicznego w postaci stymulatora w celu pobudzenia i regulowania rytmu serca)	B

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia w ramach każdej z opisanej w tabeli nr 7 metody leczenia specjalistycznego.
4. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia w przypadku stosowania u Ubezpieczonego zarówno leczenia specjalistycznego będącego chemioterapią, jak i leczenia specjalistycznego będącego radioterapią, o ile oba te leczenie stosowane są do tej samej jednostki chorobowej lub zachodzi związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zastosowaniem obu tych metod leczenia specjalistycznego.
5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy jest bezpośrednim następstwem leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
6. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego rozpoczęte w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że leczenie specjalistyczne było wynikiem **wypadku**.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami statymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
8. Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego polegające na domowej terapii tlenem w leczeniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i astmy o ciężkim przebiegu, które było skutkiem:
 - a) pozapalnego zwłóknienia i marskości płuc;
 - b) pylicy płuc;
 - c) samoistnego włóknienia płuc;
 - d) mukowiscydozy;
 - e) przewlekłej niewydolności serca;

- f) przewlekłej zatorowości płucnej;
 - g) wady serca lub dużych naczyń (aorty, żyły głównej dolnej, żyły głównej górnej, żył i tętnic płucnych);
 - h) choroby układu nerwowego;
 - i) choroby nowotworowej;
 - j) zmian anatomicznych lub pourazowych;
 - k) zespołu ostrej niewydolności oddechowej;
 - l) przeszczepu płuc.
9. Nie odpowiadamy za leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego polegające na wszczepieniu implantu ślimakowego, które było skutkiem **wad wrodzonych** słuchu.

§ 20. KARDIOLOGICZNE LECZENIE SPECJALISTYCZNE UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**, w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego w **okresie ochrony** jednej z następujących metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego:
 - a) ablacji – zabiegu wykonywanego za pomocą prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
 - b) wszczepienia kardiowertera/defibrylatora (wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w celu leczenia poważnych zaburzeń rytmu pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia);
 - c) wszczepienia rozrusznika serca (wszczepienie urządzenia elektronicznego w postaci stymulatora w celu pobudzania i regulowania rytmu serca).
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia w ramach każdej z opisanych w ust. 1 metod kardiologicznego leczenia specjalistycznego.
4. Nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne w przypadku, gdy jest bezpośrednim następstwem kardiologicznego leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego mające miejsce w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że kardiologiczne leczenie specjalistyczne było wynikiem **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za kardiologiczne leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, jeżeli leczenie specjalistyczne było skutkiem:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**;
 - b) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**;
 - c) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 21. TELEOPIEKA KARDIOLOGICZNA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, trwał co najmniej 3 dni i był następstwem **choroby** wymienionej w załączniku nr 5 do tych **o.w.u.**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy na terytorium Polski i pokryjemy koszty następujących świadczeń:
 - a) dostarczenia Ubezpieczonemu **zestawu teleopieki kardiologicznej**;
 - b) przeprowadzenia telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej**;
 - c) telefonicznej opieki kardiologicznej;
 - d) odbioru aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiącego element **zestawu teleopieki kardiologicznej** z miejsca pobytu Ubezpieczonego, po upływie okresu na jaki aparat EKG został udostępniony Ubezpieczonemu.
2. W ramach telefonicznej opieki kardiologicznej zorganizujemy i pokryjemy koszty całonocnego dostępu do następujących usług (bez limitu ilościowego):
 - a) rejestrowania w systemie telemedycznym badań przestanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG;

- b) analizy badań, o których mowa w lit. a);
 - c) stałego kontaktu telefonicznego z personelem medycznym;
 - d) dostępu do informacji na temat wyniku badań pod numerem znajdującym się na aparacie EKG;
 - e) archiwizacji wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - f) udostępnienia drogą telefoniczną po uprzedniej weryfikacji tożsamości lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań Ubezpieczonemu lub wskazanemu przez niego lekarzowi lub innej osobie;
 - g) wezwania pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu Ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej przez Ubezpieczonego osoby;
 - h) przekazywania dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego.
3. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** i telefoniczna opieka kardiologiczna przysługują Ubezpieczonemu przez okres 180 dni licząc od daty dostarczenia Ubezpieczonemu zestawu.
 4. Jeśli w okresie posiadania **zestawu teleopieki kardiologicznej**, Ubezpieczony rozpocznie kolejny pobyt w **szpitalu**, spełniający przesłanki, o których mowa w ust. 1, okres przysługiwania **zestawu teleopieki kardiologicznej** i telefonicznej opieki kardiologicznej ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od dnia wypisu ze **szpitala**.
 5. **Zestaw teleopieki kardiologicznej** dostarczymy Ubezpieczonemu w ciągu 3 **dni roboczych** od daty zgłoszenia zdarzenia.
 6. W celu telefonicznego kontaktu personelu medycznego z Ubezpieczonym, niezbędne jest posiadanie przez Ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer zostanie nam podany.
 7. Ubezpieczony jest zobowiązany:
 - a) postępować zgodnie z dyspozycjami w zakresie korzystania z aparatu EKG oraz niezwłocznie informować o dostrzeżonych oznakach nieprawidłowego działania, awarii, uszkodzenia lub utrudnieniach w działaniu aparatu;
 - b) nie przekazywać aparatu EKG innym osobom i korzystać z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek;
 - c) korzystać z aparatu EKG zgodnie z przekazaną Ubezpieczonemu instrukcją obsługi;
 - d) do zwrotu aparatu EKG po zakończeniu teleopieki kardiologicznej. W tym celu skontaktujemy się z Ubezpieczonym i ustalimy sposób i termin zwrotu aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką. Ubezpieczony nie ponosi kosztu odbioru sprzętu EKG.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 5 do tych **o.w.u.**, był skutkiem:
 - a) popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - b) leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - c) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - d) reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii.
9. Nie organizujemy i nie ponosimy kosztów świadczeń teleopieki kardiologicznej, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w **szpitalu** w następstwie **choroby** wymienionej w załączniku nr 5 do tych **o.w.u.**, miał na celu przeprowadzenie planowego leczenia, planowych konsultacji lub planowych badań.
10. Nie odpowiadamy za niewykonanie lub nienależyte wykonanie teleopieki kardiologicznej jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
11. Nie ponosimy kosztów połączeń telefonicznych. Opłaty za połączenia są zgodne z cennikiem operatora.

§ 22. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu

ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**; wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.

2. W **umowie** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
3. Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu** Ubezpieczonemu wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 6 do tych **o.w.u.**
4. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**,
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. W odniesieniu do:
 - a) urazów **leczonych tylko zachowawczo**, a następnie **leczonych operacyjnie**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**,
 - b) **skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego **wypadku** w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego,
 - c) oparzeń mieszanych I/II lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
7. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;
 - b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, którego przyczyną było nadwyżenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
8. W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
9. Przy ustalaniu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
10. Jeżeli Ubezpieczony zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 23. URAZ NIEPOWODUJĄCY TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u Ubezpieczonego **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący jego przyczyną powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
3. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego **urazu niepowodującego trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**:
 - a) nie obejmuje urazów, których przyczyną było nadwyżenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego,

- b) w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 **urazów niepowodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**.

§ 24. KOSZTY LECZENIA UBEZPIECZONEGO PONIESIONE W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli w następstwie **wypadku** Ubezpieczony poniesie te koszty na terenie Polski. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego Ubezpieczonego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie**.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem Ubezpieczonego;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia Ubezpieczonego, jeżeli przyczyną ich poniesienia było nadwyżenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.

§ 25. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĄ

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego, wymienionych w tabeli nr 8, za pośrednictwem

centrum operacyjnego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance i telemedycyny wymienionych w tej tabeli.

2. Koszty, o których mowa w ust. 1, pokrywamy do wysokości łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia, z uwzględnieniem podlimitów wskazanych w tabeli nr 8.

Tabela nr 8 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNĘ WYKONYWANĄ WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM PODLIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA I LIMITU ŁĄCZNEGO NA ZDARZENIE:		Podlimity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
I. POMOC UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU		
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.		
2.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej; transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .		
3.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa Ubezpieczony, do miejsca jego pobytu.		
4.	Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transporty są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .		
5.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego:		1000 zł w przypadku choroby
a.	wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo	lub 2000 zł po wypadku
b.	transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, zapewnimy:		
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego;	500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego ;	500 zł
c.	podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny .	bez limitu
7.	Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy w wyniku choroby lub wypadku Ubezpieczonego, wymagany jest pobyt w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy następujące koszty dotyczące jego niepełnoletnich dzieci i osób niesamozależnych pozostających pod jego opieką:		
a.	przewozu komunikacją kolejową lub autobusową niepełnoletnich dzieci pod opieką osoby przez nas uprawnionej do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa;	
b.	przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu niepełnoletnich dzieci /osoby niesamozależnej, i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa.	
Powyższe usługi wymienione w pkt 7 lit. a. i b. realizowane są, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7 lit. a. lub b., zapewnimy:		
c.	organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu pobytu niepełnoletnich dzieci /osoby niesamozależnej przez maksymalnie 5 dni.	

8.	Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu
Jeżeli Ubezpieczony w wyniku choroby lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu jego pobytu; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	
9.	Pomoc domowa po pobycie w szpitalu
Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i według jego oświadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany.	
10.	Pomoc medyczna za granicą
Jeżeli poza granicami Polski Ubezpieczony wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej . Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie, według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.	
11.	Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu
Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty jednego z następujących świadczeń:	
a.	opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w miejscu jego pobytu, maksymalnie przez okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, na wniosek Ubezpieczonego skontaktujemy się z dalszą rodziną lub schroniskiem/hotelem dla zwierząt, w celu zorganizowania dalszej opieki na jego koszt;
b.	transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez Ubezpieczonego.
II. POMOC UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU	
Wizyta lekarska	
W razie wystąpienia wypadku u Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	
500 zł	
III. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO	
Pomoc psychologa	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:	
a.	poronienia, śmierci dziecka lub urodzenia martwego dziecka
b.	choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia odżywiania (F50)
c.	samookaleczenia lub próby samobójczej
d.	śmierci małżonka albo partnera , dziecka , rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera .

IV. INFOLINIE DLA UBEZPIECZONEGO	
1. Infolinia medyczna w razie choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o:	
a. państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia	
b. działaniu leków, ich skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży	
c. placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne	
d. placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny	
e. niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych	
f. domach pomocy społecznej, hospicjach	
g. schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów prawa)	bez limitu
h. niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku	
i. grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci	
j. aptekach czynnych przez całą dobę	
k. szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych dla podróżujących	
l. poradniach i placówkach leczenia uzależnień od narkotyków.	
Informacje, o których mowa w lit. a.-l. powyżej, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	
2. Infolinia zdrowe odżywianie w razie ciąży, choroby lub wypadku Ubezpieczonego – informacje o:	
a. dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży	
b. diecie bezglutenowej	
c. diecie dla cukrzyków	
d. diecie dla osób otyłych	
e. zasadach zdrowego odżywiania	bez limitu
f. tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego	
g. zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby	
h. funkcjach poszczególnych witamin w organizmie	
i. danych teledadresowych lekarzy dietetyków.	
Informacje, o których mowa w lit. a.-i. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.	
3. Infolinia baby assistance w razie ciąży lub urodzenia się dziecka Ubezpieczonego – informacje o:	
a. objawach ciąży	
b. badaniach prenatalnych	
c. wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu	
d. szkołach rodzenia	
e. pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie	bez limitu
f. karmieniu dziecka	
g. obowiązkowych szczepieniach dzieci	
h. pielęgnacji dziecka .	
Informacje, o których mowa w lit. a.-h. nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego	

4.	Infolinia pogrzebowa w razie śmierci osoby bliskiej – informacje o:	
a.	procedurach postępowania w Polsce w razie śmierci osoby bliskiej i wydaniu karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci	
b.	terminach zgłoszenia zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego	
c.	dokumentach niezbędnych do wydania aktu zgonu	
d.	danych teled adresowych zakładów pogrzebowych	
e.	dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy	bez limitu
f.	zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych: – komu przysługuje, – wysokość zasiłku, – wymagane dokumenty, – przedawnienie roszczeń o jego wypłatę	
g.	danych teled adresowych kwiaciarni.	
V. TELEMEDYCYNA W RAZIE WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO CHOROBY, WYPADKU LUB NASILENIA OBJAWÓW CHOROBYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ, WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ		
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich, udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:		
a.	wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
b.	zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	6 porad lekarskich w każdym roku polisowym
c.	zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d.	zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z JEGO MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM LUB DZIECKIEM, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **matłonka** albo **partnera**. W przypadku zaistnienia w okresie **ochrony** zdarzeń w życiu Ubezpieczonego, wymienionych w tabeli nr 9, dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **matłonka** albo **partnera**, Ubezpieczonemu należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 9, przy czym w odniesieniu do jednego zdarzenia łączny limit naszej odpowiedzialności to 10 000 zł.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń **assistance** i **telemedycyny**, wymienionych w tabeli nr 9. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 3, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance** i **telemedycyny**, wskazanych w tabeli nr 9, przy czym w odniesieniu do jednego zdarzenia łączny limit naszej odpowiedzialności to 10 000 zł. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance** i **telemedycyny**, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia **assistance** i **telemedycyny**, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 9 (świadczenia związane z **matłonkiem** albo **partnerem** lub **dzieckiem**, które nie ukończyło 25 roku życia)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE I TELEMEDYCYNY WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI (Z WYJĄTKIEM ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ), Z UWZGLĘDNIENIEM SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA I LIMITU ŁĄCZNEGO NA ZDARZENIE:	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie, w ramach łącznego limitu 10 000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
I. POMOC MAŁŻONKOWI ALBO PARTNEROWI LUB DZIECKU, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU	
1. Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
Gdy w wyniku choroby lub wypadku matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest leżenie, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza. Koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	500 zł
2. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku choroby lub wypadku wymagany jest pobyt matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, w placówce medycznej; transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	1200 zł
3. Transporty medyczne ze wskazaną osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej, w której przebywa matłonek albo partner lub dziecko , które nie ukończyło 25 roku życia do miejsca jego pobytu.	1200 zł

4. Transporty medyczne ze wskazaną osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy placówka medyczna nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyły 25 roku życia, lub gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transporty są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	1200 zł
5. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyły 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagana jest rehabilitacja w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego:	1000 zł w przypadku choroby
a. wizyt fizyoterapeuty w miejscu pobytu osoby korzystającej z rehabilitacji, albo	lub 2000 zł
b. transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	po wypadku
6. Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Jeżeli w następstwie choroby lub wypadku matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyły 25 roku życia, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymagane jest używanie sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu, zapewnimy:	
a. organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny ;	500 zł
b. pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego .	500 zł
7. Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy w wyniku choroby lub wypadku matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyły 25 roku życia wymagany jest pobyt w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy następujące koszty dotyczące jego niepełnoletnich dzieci i osób niesamodzielnych pozostających pod jego opieką:	
a. przewozu komunikacją kolejową lub autobusową niepełnoletnich dzieci pod opieką osoby przez nas uprawnionej do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa	
b. przejazdu komunikacją kolejową lub autobusową osoby wyznaczonej do opieki, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu niepełnoletnich dzieci/osoby niesamodzielnej, i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe) – świadczenie jest realizowane, o ile na trasie do miejsca pobytu osoby wyznaczonej do opieki funkcjonuje komunikacja kolejowa lub autobusowa.	1200 zł
Powyższe usługi wymienione w pkt 7 lit. a. i b. realizowane są, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy nie udało nam się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7 lit. a. lub b., zapewnimy:	
c. organizację i pokrycie kosztów opieki w miejscu pobytu niepełnoletnich dzieci/osoby niesamodzielnej przez maksymalnie 5 dni.	
8. Organizacja prywatnych lekcji	
W sytuacji, gdy dziecko Ubezpieczonego, matłonka albo partnera , zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza prowadzącego, powinno przebywać w domu przez okres powyżej 7 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty prywatnych lekcji (utrąconych lekcji w szkole zgodnie z planem lekcji); data rozpoczęcia prywatnych lekcji powinna wystąpić nie później niż w okresie 30 dni od daty wystawienia pisemnego wskazania lekarza prowadzącego do przebywania w domu, a data zakończenia prywatnych lekcji – przed upływem 30 dnia licząc od daty ich rozpoczęcia.	1200 zł
9. Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie pobytu dziecka w szpitalu	
W sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego, matłonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyły 25 roku życia, w wyniku choroby lub wypadku przebywa w szpitalu , zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu , o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitala , w którym przebywa dziecko, lub w hotelu przyszpitalnym.	1200 zł
10. Opieka pielęgniarki po pobycie w szpitalu	
Jeżeli matłonek albo partner lub dziecko , które nie ukończyły 25 roku życia w wyniku choroby lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu jego pobytu; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	1200 zł
11. Pomoc domowa po pobycie w szpitalu	
Jeżeli matłonek albo partner lub dziecko , które nie ukończyły 25 roku życia przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni i według jego oświadczenia nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni. Koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany.	1200 zł

12. Pomoc medyczna za granicą	
Jeżeli poza granicami Polski małżonek albo partner lub dziecko , które nie ukończyło 25 roku życia wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej . Wartość świadczenia stanowi równowartość kwoty przeliczonej z waluty danego kraju na złote polskie, według kursu opublikowanego przez NBP w tabelach kursów średnich walut obcych z dnia skorzystania ze świadczenia.	1200 zł
13. Opieka nad zwierzętami domowymi w czasie pobytu w szpitalu	
Po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji o przewidywanym czasie pobytu w szpitalu małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, zorganizujemy i pokryjemy koszty jednego z następujących świadczeń:	
a. opieki nad zwierzętami domowymi (psami i kotami) w miejscu jego pobytu, maksymalnie przez okres 6 kolejnych dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, na wniosek małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, skontaktujemy się z dalszą rodziną lub schroniskiem/hotelem dla zwierząt, w celu zorganizowania dalszej opieki na jego koszt;	1200 zł
b. transportu zwierząt domowych (psów i kotów) do osoby lub hotelu dla zwierząt wyznaczonych przez małżonka , partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia.	
II. POMOC MAŁŻONKOWI ALBO PARTNEROWI LUB DZIECKU, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA, W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU	
Wizyta lekarska	
W razie wystąpienia wypadku u małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji lekarskich oraz honorariów i dojazdów lekarza do miejsca pobytu, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	500 zł
III. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA LUB DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA	
Pomoc psychologa	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u małżonka albo partnera lub dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, następujących trudnych sytuacji losowych:	
a. poronienia, śmierci dziecka lub urodzenia martwego dziecka	
b. choroby zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia odżywiania (F50)	500 zł
c. samookaleczenia lub próby samobójczej	
d. śmierci Ubezpieczonego, małżonka albo partnera , dziecka , rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera .	
IV. TELEMEDYCYNA W RAZIE WYSTĄPIENIA U MAŁŻONKA ALBO PARTNERA LUB DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA CHOROBY, WYPADKU LUB NASILENIA OBJAWÓW CHOROBYCH O OSTRYM PRZEBIEGU POZOSTAJĄCYCH W BEZPOŚREDNIM ZWIĄZKU Z CHOROBA PRZEWELEKŁĄ, WYMAGAJĄCYCH NATYCHMIASTOWEJ PORADY LEKARSKIEJ	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym: teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem chaty (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), obejmujących:	
a. wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	360 zł
b. zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	(do wykorzystania na nie więcej niż 6 porad lekarskich w każdym roku polisowym)
c. zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d. zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego);
 - b) okoliczności wskazanych w § 54 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **małżonka** albo **partnera**);
 - c) okoliczności wskazanych w § 55 tych **o.w.u.** (w odniesieniu do zdarzeń dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia);
 - d) uczestniczenia Ubezpieczonego, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - e) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku** (wyłączenie nie dotyczy świadczeń assistance – pomoc psychologa);

- Wyłączenie organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance – w odniesieniu do świadczenia pomoc psychologa nie dotyczy następstw **wypadków** lub **chorób**, które powstały wskutek chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **małżonka** albo **partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99).
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - a) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance i telemedycyny poza terytorium Polski (wyłączenie nie dotyczy świadczenia assistance – pomoc medyczna za granicą);
 - b) pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane;
 - c) kosztów leków;
 - d) kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;

- zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
- e) leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
- f) **wad wrodzonych**;
- g) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Ubezpieczonego, **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **matłonka** albo **partnera** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
- h) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- i) **chorób przewlekłych**.
7. Nasza odpowiedzialność w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
- a) wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
- b) wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zajścia zdarzenia, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
- c) wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie

lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego, **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia lub **matłonka** albo **partnera**.

9. Gdy na skutek **siły wyższej** Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 8 lub w tabeli nr 9, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości podlimitów wskazanych w tabeli nr 8 i – odpowiednio – **Sum Ubezpieczenia Assistance** wskazanych w tabeli nr 9, przy zastrzeżeniu łącznego limitu na jedno zdarzenie w wysokości 10 000 zł.
10. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy podlimit kosztów wskazany w tabeli nr 8 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 9, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym podlimitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 26. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE 70+

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego, wymienionych tabeli nr 10, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych w tej tabeli.
2. Koszty, o których mowa w ust. 1 pokrywamy na zasadach określonych w tabeli nr 10, przy uwzględnieniu wskazanych w niej limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizowane są na terytorium Polski.

Tabela nr 10 (świadczenia assistance 70+ dla Ubezpieczonego)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE 70+ WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:	Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE CHOROBY, ZAOSTRZENIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ LUB WYPADKU	
1. Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
2. Dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
3. Pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków, których termin płatności przypada w okresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub w okresie jednego miesiąca po dniu wypisu Ubezpieczonego ze szpitala ; świadczenie przysługuje w odniesieniu do 2 hospitalizacji rozpoczętych w danym roku polisowym ; koszt rachunków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
4. Transport medyczny ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej lub wypadku wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej; transport medyczny jest organizowany, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	1000 zł
5. Transport medyczny ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrenia choroby przewlekłej lub wypadku Ubezpieczony przebywa w placówce medycznej.	1000 zł
6. Transport medyczny ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do placówki medycznej oraz transport powrotny do placówki medycznej (1 transport medyczny wraz z transportem powrotnym do placówki medycznej na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.	1000 zł

7. Transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanego do stanu zdrowia Ubezpieczonego na jedną wizytę kontrolną zalecaną przez lekarza prowadzącego oraz transportu powrotnego, o ile termin wizyty kontrolnej zgodnie z powyższym zaleceniem ma przypadać w ciągu jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.	1000 zł
8. Transport do i z sanatorium po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu autobusowego, kolejowego (biletów 1 klasy) lub taksówką (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do i z sanatorium w wybranym przez Ubezpieczonego terminie, po jego pobycie w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku , trwającym powyżej 5 dni; świadczenie przysługuje w okresie jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
9. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:	
a. zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z szpitala , w którym znajduje się Ubezpieczony) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego; oraz	1000 zł
b. dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości co szpital , w którym przebywa Ubezpieczony (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
10. Opieka osoby bliskiej po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:	
a. zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z miejsca pobytu Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego; oraz	1000 zł
b. dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości, w której znajduje się Ubezpieczony (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
11. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewnimy jedno z poniższych świadczeń (skorzystanie z jednego z nich wyklucza skorzystanie z drugiego):	
a. organizację i pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego, albo	2000 zł
b. organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	2000 zł
12. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; zapewnimy:	
a. organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, dla którego wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny ;	500 zł
b. pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego .	500 zł
13. Opieka pielęgniarki po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie wypadku, zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 30 dni.	5000 zł
14. Pomoc domowa po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie wypadku, zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, jeżeli zgodnie z jego oświadczeniem nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 30 dni.	5000 zł
15. Dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia książek; koszt książek nie jest przez nas pokrywany.	250 zł

II. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA LUB WYPADKU	
Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby	
Jeżeli Ubezpieczony w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, zwrócimy koszty następujących artykułów pierwszej potrzeby: kapcie, szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobiego użytku.	100 zł
III. UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU	
1. Wizyta lekarska	
W razie wystąpienia wypadku Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty jednej wizyty lekarskiej dla Ubezpieczonego, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej , w placówce medycznej lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego.	500 zł
2. Wizyty pielęgniarskie	
W razie wystąpienia wypadku Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej	2000 zł
3. Pomoc domowa	
W razie wystąpienia wypadku Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości), jeżeli według oświadczenia Ubezpieczonego nie ma on możliwości skorzystania z pomocy domowników; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 15 dni.	2000 zł
IV. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO	
Pomoc psychologa	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:	
a. śmierć dziecka	
b. śmierć małżonka albo partnera, rodzica Ubezpieczonego	500 zł
c. hospitalizacji Ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka lub rodzica Ubezpieczonego przez okres dłuższy niż 5 dni lub choroby (zaawansowanego nowotworu, udaru mózgu, zawału serca) Ubezpieczonego, małżonka albo partnera, dziecka lub rodzica Ubezpieczonego	

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń asystance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 53 tych **o.w.u.**
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - organizacji i pokrycia kosztów świadczeń asystance poza terytorium Polski;
 - pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane;
 - kosztów leków;
 - kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - leczenia, które jest bezpośrednio wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
- wad wrodzonych**;
- zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez Ubezpieczonego zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
- zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- chorób przewlekłych**.
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń asystance, których przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochycenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla Ubezpieczonego.
- Gdy na skutek **sily wyższej** Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń asystance, o których mowa w tabeli nr 10, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 10.

- Jeżeli świadczenie asystance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 10, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

§ 27. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **małżonka** albo **partnera** w **okresie ochrony** wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

- Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, która powstała wskutek:
 - samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - czynnego udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **małżonka** albo **partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **małżonka** albo **partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**.
- Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **małżonka** albo **partnera** była wynikiem **wypadku**.

4. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że śmierć partnera była wynikiem **wypadku**.

§ 28. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **małżonka** albo **partnera** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 29. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku komunikacyjnego**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od tego wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** oraz śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje te świadczenia dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, jeżeli **wypadek komunikacyjny** będący przyczyną śmierci **małżonka** albo **partnera** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

§ 30. ŚMIERĆ MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **małżonka** albo **partnera**, której przyczyną był **zawał serca** lub **udar mózgu** w okresie ochrony, o ile śmierć **małżonka** albo **partnera** nastąpi przed upływem 90 dni od daty wystąpienia **zawału serca** lub **udar mózgu**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, gdy **zawał serca**, lub **udar mózgu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa dokonanej w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - c) zatrucia się **małżonka** albo **partnera** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**.
4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, jeżeli śmierć nastąpiła wskutek:
 - a) uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem;
 - b) następujących stanów chorobowych: udaru spowodowanego zatorem tłuszczowym lub zatorem powietrznym, choroby kesonowej lub urazowego uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **małżonka** albo **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **partnera** w następstwie **zawału serca** lub **udar mózgu**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**).

§ 31. POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na tym, że w okresie ochrony u **małżonka** albo **partnera** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w części „Zakres optymalny”, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu Ubezpieczonego wymienionych w ust. 1, dotyczących **małżonka** albo **partnera**, Ubezpieczonemu należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 11.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy włącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 11, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera** w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do jednego zdarzenia ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 11, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.

6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **małżonek** albo **partner** może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.

7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera**, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 11 (świadczenia dla Ubezpieczonego związane z **poważnym zachorowaniem małżonka** albo **partnera**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO			Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu małżonka albo partnera wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg z uwzględnieniem Sum Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia medycznego:			
I. Konsultacje			
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog	
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog		5000 zł
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji		
5. Ginekolog	10. Neurochirurg		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
13.			
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	800 zł
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• glukoza	
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna	
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram	
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez	
III. Badania specjalistyczne			
14. Badania radiologiczne (RTG)			
15. Badania ultrasonograficzne (USG)			
16. Rezonans magnetyczny (maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			4400 zł
17. Tomografia komputerowa (maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
9. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **małżonka** albo **partnera** choroby lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
- okoliczności wskazanych w § 54 tych **o.w.u.**;
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
 - zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
10. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **małżonka** albo **partnera** **choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.

11. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zdiagnozowania u **partnera** choroby lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że **choroba** lub zabieg jest wynikiem **wypadku**.
12. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **małżonek** albo **partner** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
13. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
14. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.

15. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wykonują bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
16. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.
17. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 11, wykonamy tę usługę (jeżeli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 32. LECZENIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał –nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy dzień pobytu w **szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, którzy rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek małżonka** albo **partnera**, o którym mowa w ust. 1 lit c) miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu małżonka** albo **partnera** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała, będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **choroby**, powikłań związanych z ciążą lub **wypadku**, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **małżonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
8. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** był wynikiem wypadku.
9. W razie wskazania **partnera** później niż w **dacie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się

w okresie 1 miesiąca od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że pobyt **partnera** w **szpitalu** był wynikiem **wypadku**.

10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **małżonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 33. LECZENIE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień pobycie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, który rozpoczął się w **okresie ochrony**, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** określiliśmy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie** łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**, którzy rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów w **szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek małżonka** albo **partnera** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu małżonka** albo **partnera** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie wypadku, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **małżonka** albo **partnera** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **małżonka** albo **partnera** w **szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** było nadwyżerzenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **małżonek** albo **partner** przebywał na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 34. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na wystąpieniu u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku**, jeżeli uszczerbek na zdrowiu ujawni się w okresie 180 dni od dnia **wypadku** i został wymieniony w załączniku nr 6 do tych **o.w.u.**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. W **umowie** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.

3. Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka** albo **partnera**, Ubezpieczonemu wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka** albo **partnera**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka** albo **partnera** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 6 do tych **o.w.u.**
4. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za wystąpienie u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **trwałego uszczerbku na zdrowiu** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
6. W odniesieniu do:
 - a) urazów **leczonych tylko zachowawczo**, a następnie **leczonych operacyjnie**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wysokości świadczeń z tytułu urazów **leczonych operacyjnie**;
 - b) **skręceń i zwichnięć** w obrębie tego samego stawu, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego **wypadku** w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
 - c) oparzeń mieszanych I/III lub II/III stopnia odpowiadamy za wyższy stopień oparzenia.
7. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **małżonka** albo **partnera** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;
 - b) **trwałego uszczerbku na zdrowiu**, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.
8. W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
9. Przy ustalaniu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez **małżonka** albo **partnera**.
10. Jeżeli **małżonek** albo **partner** zmarł, a stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 35. KOSZTY LECZENIA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA PONIESIONE W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **małżonka** albo **partnera**. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli Ubezpieczony poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie **wypadku małżonka** albo **partnera**. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **małżonka** albo **partnera** środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia **małżonka** albo **partnera**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie**.

3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty leczenia, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **małżonka** albo **partnera** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 54 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **małżonka** albo **partnera** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **małżonka** albo **partnera**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **małżonka** albo **partnera**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **małżonka** albo **partnera** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną ich powstania było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **małżonka** albo **partnera**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

§ 36. URODZENIE SIĘ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

URODZENIE SIĘ DZIECKA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego, którym jest **urodzenie się dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na **urodzeniu się dziecka** w **okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO

2. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego, którym jest urodzenie przez Ubezpieczonego dziecka. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na:
 - a) urodzeniu przez Ubezpieczonego dziecka;
 - b) urodzeniu przez Ubezpieczonego dziecka z **wadą wrodzoną**;
 - c) zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego **depresji poporodowej** po urodzeniu przez Ubezpieczonego dziecka,
 za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance wymienionych tabeli nr 12, na zasadach określonych w tej tabeli, przy uwzględnieniu wskazanych w niej limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.

Tabela nr 12 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA, WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI, Z UWZGLĘDNIENIEM LIMITÓW DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:		Limity obowiązujące dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Urodzenie dziecka przez Ubezpieczonego		
1. Zajęcia z trenerem fitness	Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć dla Ubezpieczonego z trenerem fitness, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego.	500 zł
2. Konsultacje pielęgniarско-położnicze	Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarских lub położniczych dla Ubezpieczonego – w placówce medycznej lub w miejscu jego pobytu (w zależności od wyboru Ubezpieczonego), świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego.	3 konsultacje
II. Urodzenie przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną		
1. Pomoc domowa	Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej dla Ubezpieczonego w miejscu jego pobytu przez okres 5 kolejnych dni, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków nie jest przez nas pokrywany. Świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną .	1000 zł
2. Wizyta pielęgniarki albo położnej	Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) w miejscu pobytu Ubezpieczonego przez okres 10 kolejnych dni, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia przez Ubezpieczonego dziecka z wadą wrodzoną .	1500 zł
3. Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuna prawnego osobą	<p>a) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, zachodzi medycznie uzasadniona konieczność pobytu dziecka w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza.</p> <p>b) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada, z medycznego punktu widzenia, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej.</p> <p>c) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca pobytu.</p> <p>Transporty medyczne przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.</p>	1500 zł
4. Proces rehabilitacyjny dziecka	<p>W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego, jeżeli dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewniamy następujące świadczenia:</p> <p>a) organizację oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu, albo</p> <p>b) organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.</p> <p>Świadczenia te przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego.</p>	1000 zł
5. Pomoc psychologa	W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla Ubezpieczonego.	1000 zł
III. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka		
1. Zwrot kosztów leków	Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków do wysokości wskazanego obok limitu.	500 zł
2. Pomoc psychologa	W razie zdiagnozowania u Ubezpieczonego depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla Ubezpieczonego.	5 konsultacji

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z JEGO MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego, którym jest urodzenie dziecka przez **małżonka** albo **partnera**.
W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego dotyczącego jego **małżonka** albo **partnera**, polegającego na:
- urodzeniu dziecka przez **małżonka** albo **partnera**;
 - urodzeniu dziecka z **wadą wrodzoną** przez **małżonka** albo **partnera**;
 - zdiagnozowaniu u **małżonka** albo **partnera** **depresji poporodowej** po urodzeniu dziecka przez **małżonka** albo **partnera**,

Ubezpieczonemu należy jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 13.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 13. Wynagrodzenie wypłacone **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń, o których mowa w ust. 3, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 13. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia assistance, wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 13 (świadczenia dla Ubezpieczonego związane z jego małżonkiem albo partnerem)

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z URODZENIEM DZIECKA, WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI, Z UWZGLĘDNIENIEM SUM UBEZPIECZENIA ASSISTANCE DLA DANEGO ŚWIADCZENIA:	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Urodzenie dziecka przez małżonka albo partnera	
1. Zajęcia z trenerem fitness Zorganizujemy i pokryjemy koszty zajęć dla małżonka albo partnera z trenerem fitness, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez małżonka albo partnera .	500 zł
2. Konsultacje pielęgniarsko-położnicze Zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji pielęgniarskich lub położniczych dla małżonka albo partnera – w placówce medycznej lub w miejscu jego pobytu (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do wysokości wskazanego obok limitu (nie więcej jednak niż 3 konsultacji), świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka przez małżonka albo partnera .	750 zł
II. Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera	
1. Pomoc domowa Zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej dla małżonka albo partnera , w miejscu jego pobytu przez okres 5 kolejnych dni, w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany. Świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera .	1000 zł
2. Wizyta pielęgniarki albo położnej Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt pielęgniarki albo położnej w miejscu pobytu małżonka albo partnera przez okres 10 kolejnych dni, świadczenie przysługuje w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera .	1500 zł
3. Pomoc psychologa W razie urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera , zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla małżonka albo partnera .	1000 zł
4. Transporty medyczne dziecka z opiekunem prawnym lub wskazaną przez opiekuna prawnego osobą a) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, zachodzi medycznie uzasadniona konieczność pobytu dziecka w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza. b) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, która nie odpowiada, z medycznego punktu widzenia, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub dziecko skierowane jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej. c) Jeżeli w następstwie wady wrodzonej u dziecka, dziecko przebywa w placówce medycznej, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca pobytu. Transporty medyczne przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera i są organizowane, gdy z medycznego punktu widzenia nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.	1500 zł
5. Proces rehabilitacyjny dziecka W przypadku urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez małżonka albo partnera , jeżeli dziecko zgodnie z pisemnym wskazaniem lekarza wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewniamy następujące świadczenia: a) zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu, albo b) zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. Świadczenia te przysługują w okresie 12 miesięcy od daty urodzenia dziecka z wadą wrodzoną przez Ubezpieczonego.	1000 zł
III. Zdiagnozowanie u małżonka albo partnera depresji poporodowej po urodzeniu dziecka	
1. Zwrot kosztów leków Jeżeli w następstwie zdiagnozowania u małżonka albo partnera depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, małżonek lub partner , zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza, wymaga przyjmowania leków, zwracamy koszty leków do wysokości wskazanego obok limitu.	500 zł
2. Pomoc psychologa W razie zdiagnozowania u małżonka albo partnera depresji poporodowej po urodzeniu dziecka, zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa dla małżonka albo partnera do wysokości wskazanego obok limitu (nie więcej jednak niż 5 konsultacji).	2750 zł

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **urodzenie się dziecka** w okresie 9 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy kwotowy limit kosztów wskazany w tabeli nr 12 lub **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 13, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 37. URODZENIE SIĘ DZIECKA Z NISKĄ OCENĄ W SKALI APGAR

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zajścia w **okresie ochrony** zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na **urodzeniu się dziecka z niską oceną w skali Apgar**, które po ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie otrzymało:
 - a) 5-7 pkt w skali Apgar – wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% kwoty wskazanej w lit. b) poniżej;
 - b) 1-4 pkt w skali Apgar – wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.

§ 38. ZDIAGNOZOWANIE U DZIECKA WADY WRODZONEJ

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na zdiagnozowaniu w **okresie ochrony u dziecka** przed ukończeniem przez **dziecko** 6 roku życia, **wady wrodzonej** wymienionej w załączniku nr 7 do tych **o.w.u.**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia zostanie ustalona w ten sposób, że za **wady wrodzone**:
 - a) z kategorii A – wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 40% kwoty określonej w lit. b) poniżej,
 - b) z kategorii B – wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** i potwierdzonej w **polisie**.
3. Świadczenie wypłacimy w wysokości obowiązującej w dniu:
 - a) diagnozy **wady wrodzonej dziecka** – w przypadku, w którym diagnoza **wady wrodzonej** miała miejsce po dniu urodzenia **dziecka**,
 - b) urodzenia **dziecka** – w przypadku, w którym diagnoza **wady wrodzonej** miała miejsce w dniu urodzenia **dziecka** lub przed tym dniem.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **wada wrodzona** powstała na skutek:
 - a) nieprzestrzegania przez matkę biologiczną w okresie ciąży zaleceń lekarza;
 - b) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - c) zarażenia **dziecka** w okresie zarodkowym lub płodowym wirusem HIV.
5. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **wada wrodzona** została zdiagnozowana u **dziecka** przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
6. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie u **dziecka wady wrodzonej**, jeżeli **dziecko** urodziło się martwe.
7. W razie zdiagnozowania u tego samego **dziecka** kilku **wad wrodzonych** w okresie do 30 dni od urodzenia, wypłacimy jedno świadczenie. Jeżeli są to **wady wrodzone** z różnych kategorii, wypłacane jest świadczenie o wyższej wartości świadczenia.

§ 39. PORONIENIE ALBO URODZENIE SIĘ MARTWEGO DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego, którym jest **poronienie** albo **urodzenie się martwego dziecka**.

W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na **poronieniu** albo **urodzeniu się martwego dziecka w okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

2. W przypadku urodzenia się więcej niż jednego martwego **dziecka**, świadczenie wypłacimy odrębnie za każde **urodzone martwe dziecko**, z zastrzeżeniem ust. 4.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu **poronienia** albo **urodzenia się martwego dziecka**, jeśli Ubezpieczony umyślnie spowodował **poronienie** albo **urodzenie się martwego dziecka**.
4. W przypadku **poronienia** w ciąży mnogiej wypłacimy jedno świadczenie, niezależnie od liczby poronionych płodów.

§ 40. ŚMIERĆ DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci w **okresie ochrony** żywo urodzonego **dziecka**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **dziecka** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału **dziecka** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania **dziecka** na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy, aktach terroru** lub **zamieszkach**.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **dziecka** była wynikiem **wypadku**.

§ 41. ŚMIERĆ DZIECKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci żywo urodzonego **dziecka** w następstwie **wypadku**, która nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **dziecka**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to zdarzenie.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **dziecka**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną śmierci **dziecka** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 55 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**

§ 42. POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE DZIECKA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego w **okresie ochrony** polegającego na tym, że u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród **chorób** lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w części „Poważne zachorowanie dziecka”, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM DZIECKA, KTÓRE NIE UKOŃCZYŁO 25 ROKU ŻYCIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia dziecka. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu Ubezpieczonego, wymienionych w ust. 1., dotyczących **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, Ubezpieczonemu należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i tabeli nr 14.
- Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń medycznych, wymienionych w tabeli nr 14, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do jednego zdarzenia ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 14, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
- Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej choroby lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
- Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia, może skorzystać tylko jeden raz na każdą **chorobę** lub zabieg.
- Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 14 (świadczenia dla Ubezpieczonego związane z poważnym zachorowaniem dziecka, które nie ukończyło 25 roku życia)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO			Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg	
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu dziecka , które nie ukończyło 25 roku życia, wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg z uwzględnieniem Sum Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia medycznego:				
I. Konsultacje				
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	5000 zł	
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog		
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog			
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji			
5. Ginekolog	10. Neurochirurg			
II. Diagnostyka laboratoryjna				
13.				
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	800 zł	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała		
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała		
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite		
• PT	• kwas moczowy	• glukoza		
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram		
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez		
III. Badania specjalistyczne				
14. Badania radiologiczne (RTG)				
15. Badania ultrasonograficzne (USG)				
16. Rezonans magnetyczny (maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			4400 zł	
17. Tomografia komputerowa (maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)				

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
9. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 55 tych **o.w.u.**;
 - b) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - c) **wad wrodzonych**.
10. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **dziecka choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
11. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **dziecko**, które nie ukończyło 25 roku życia, zmarło w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.
12. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
13. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny nowotwór złośliwy z białaczkami i chłoniakami o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym, lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które, zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
14. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **siły wyższej**.
15. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 14, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 43. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka w szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 roku życia, w celu leczenia:
 - a) **choroby**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - b) powikłań związanych z ciążą, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie co najmniej przez okres wskazany w **umowie**; lub
 - c) doznanych obrażeń ciała, będących następstwem **wypadku**, jeżeli pobyt trwał nieprzerwanie przez co najmniej 1 dzień, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **dziecka w szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów **dziecka w szpitalu**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek dziecka**, o którym mowa w ust. 1 lit c) miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu dziecka** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** oraz minimalną długość pobytu w **szpitalu** potwierdzimy w **polisie**.
5. Jeżeli pobyt **dziecka w szpitalu** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka w szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** był następstwem **wypadku**, powikłań związanych z ciążą lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 55 tych **o.w.u.**

7. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** związany był bezpośrednio z:
 - a) **wadami wrodzonymi**;
 - b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - c) leczeniem skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - d) rehabilitacją, niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
8. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, jeżeli pobyt w **szpitalu** dotyczył porodu niezwiązanego z powikłaniami ciąży.
9. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za pobyt **dziecka w szpitalu**, który rozpoczął się w okresie 1 miesiąca od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że pobyt **dziecka w szpitalu** był wynikiem **wypadku**.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 44. LECZENIE DZIECKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na trwającym nieprzerwanie co najmniej 1 dzień i rozpoczętym w **okresie ochrony** pobycie **dziecka w szpitalu**, które w pierwszym dniu pobytu w **szpitalu** nie ukończyło 25 lat, w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w **umowie** za każdy **dzień pobytu w szpitalu**. Wysokość świadczenia za każdy **dzień pobytu w szpitalu** określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**, łącznie z wysokością świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.
2. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym**, ograniczona jest do 180 dni pobytu **dziecka w szpitalu**, który rozpoczął się w tym okresie. Limit 180 dni odnosi się łącznie do wszystkich rozpoczętych w danym **roku polisowym** pobytów **dziecka w szpitalu** w następstwie **wypadku**.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie także wtedy, gdy **wypadek dziecka** miał miejsce przed **okresem ochrony**, ale nie wcześniej niż na miesiąc przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego i nie wcześniej niż po złożeniu **wniosku o zawarcie umowy**, a pobyt w **szpitalu dziecka** w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem tego **wypadku** rozpoczął się w **okresie ochrony**.
4. Jeżeli pobyt **dziecka w szpitalu** w następstwie **wypadku** trwał nieprzerwanie co najmniej 180 dni, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości równej świadczeniu za 360 dni pobytu **dziecka w szpitalu**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem **wypadku**, który powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 55 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
6. Nie wypłacimy świadczenia za leczenie **dziecka w szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli pobyt w **szpitalu** miał na celu:
 - a) przeprowadzenie zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) leczenie skutków niezastosowania się **dziecka** do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia;
 - c) rehabilitację niezależnie od charakteru placówki, w której była prowadzona.
7. Nie odpowiadamy za leczenie **dziecka w szpitalu** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną pobytu w **szpitalu** było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje dni, w których **dziecko** przebywało na przepustce w trakcie pobytu w **szpitalu**.

§ 45. USZCZERBEK NA ZDROWIU DZIECKA W NASTĘPSTWIE WYPADKU LUB POGRYZIENIE DZIECKA PRZEZ PSA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na wystąpieniu u **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, wymienionego w załączniku nr 8 do tych **o.w.u. uszczerbku na zdrowiu dziecka**, w następstwie **wypadku**, który to uszczerbek ujawnił się w okresie 180 dni od dnia **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. W **umowie** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i 100% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**.
3. Za każdy 1% **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, wypłacimy Ubezpieczonemu 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **uszczerbku na zdrowiu dziecka**. Wysokość **uszczerbku na zdrowiu dziecka** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 8 do tych **o.w.u.**
4. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na pogryzieniu **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, przez psa dodatkowo wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 400 zł, jeżeli w wyniku pogryzienia przez psa powstały u **dziecka rany**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

5. Nie wypłacimy świadczenia za **uszczerbek na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku** lub pogryzienia **dziecka** przez psa, jeżeli **wypadek** będący przyczyną **uszczerbku na zdrowiu dziecka** lub pogryzienia **dziecka** przez psa, powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 55 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
6. Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia **uszczerbku na zdrowiu dziecka** w następstwie **wypadku** lub pogryzienia **dziecka** przez psa nie obejmuje:
 - a) pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwic;
 - b) **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.
7. W razie wystąpienia kilku **uszczerbków na zdrowiu dziecka** w następstwie jednego **wypadku**, wskazane w tabeli stanowiącej załącznik nr 8 do tych **o.w.u.**, wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do 100%, z zastrzeżeniem postanowień ustępów 8–9.
8. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 8 do tych **o.w.u.**, za amputację i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność jest wówczas ograniczona do tego z doznanych przez **dziecko uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
9. Wartości procentowe **uszczerbku na zdrowiu dziecka**, ocenione według tabeli stanowiącej załącznik nr 8 do tych **o.w.u.**, za uraz narządu ruchu powodujący **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni i złamanie w obrębie tego samego narządu nie podlegają sumowaniu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 8 do tych **o.w.u.**, przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
10. Procent **uszczerbku na zdrowiu dziecka** oceniony według tabeli stanowiącej załącznik nr 8 do tych **o.w.u.** za **ranę** miażdżoną (tj. charakteryzującą się zmiążdżeniem brzegów rany i tkanki podskórnej) nie podlega sumowaniu z innymi pozycjami dotyczącymi tego samego narządu. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest wówczas do tego z doznanych **uszczerbków na zdrowiu dziecka**, któremu zgodnie z tabelą stanowiącą załącznik nr 8 do tych **o.w.u.** przypisana jest najwyższa wartość procentowa.
11. W odniesieniu do nawykowych zwichnięć narządu ruchu powodujących **unieruchomienie** przez co najmniej 7 dni nasza odpowiedzialność ograniczona jest do jednego urazu tego samego narządu w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego.
12. Przy orzekaniu **uszczerbku na zdrowiu dziecka** nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez **dziecko**.
13. Jeżeli **dziecko** zmarło, a stopień **uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to stopień **uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

§ 46. KOSZTY LECZENIA DZIECKA PONIESIONE W POLSCE W NASTĘPSTWIE WYPADKU

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **dziecka**. Wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości poniesionych kosztów – nie więcej jednak niż do wysokości określonej w **umowie sumy ubezpieczenia** na każdy **wypadek** – jeśli Ubezpieczony poniesie te koszty na terenie Polski w następstwie **wypadku dziecka**, które w dniu **wypadku** nie ukończyło 25 roku życia. Do kosztów tych należą:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zaleconego przez lekarza;
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym zaleconych przez lekarza;
 - d) koszty lekarstw zaleconych przez lekarza;
 - e) koszty operacji plastycznych zaleconych przez lekarza;
 - f) koszty transportu medycznego **dziecka** środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia **dziecka**;
 - g) koszty zakupu lub wypożyczenia protez, ortez i innych wyrobów medycznych zaleconych przez lekarza;
 - h) koszty zakupu lub wypożyczenia **sprzętu rehabilitacyjnego** zaleconego przez lekarza;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych zaleconych przez lekarza;
 - j) koszty zakupu lub wypożyczenia wózka inwalidzkiego zaleconego przez lekarza;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych zaleconych przez lekarza niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
2. Wysokość **sumy ubezpieczenia** na 1 **wypadek** potwierdzimy w **polisie**.
3. Nasza odpowiedzialność obejmuje tylko te koszty leczenia, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty **wypadku**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za koszty leczenia **dziecka** poniesione w następstwie **wypadku**, jeżeli **wypadek** będący przyczyną poniesienia kosztów leczenia nastąpił wskutek okoliczności wskazanych w § 55 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów poniesionych z tytułu lub w następstwie:
 - a) zabiegów ze wskazań estetycznych, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - b) zabiegów lub leczenia nieuznanych w sposób naukowy i medyczny;
 - c) niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego leczenie **dziecka**;
 - d) zakupu artykułów żywnościowych;
 - e) wykonywania czynności pielęgnacyjnych względem **dziecka**;
 - f) pobytów w **sanatoriach** lub uzdrowiskach, ani podróży do tych miejsc.
6. Nie odpowiadamy za koszty leczenia **dziecka** w następstwie **wypadku**, jeżeli przyczyną ich poniesienia było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **dziecka**.

§ 47. OSIEROCENIE DZIECKA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w **okresie ochrony** skutkującej osieroceniem **dziecka**, wypłacimy na rzecz każdego osieroczonego **dziecka**, które w dniu śmierci Ubezpieczonego nie ukończyło 25 roku życia albo było **całkowicie niezdolne do pracy** (bez względu na wiek **dziecka**), świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Świadczenie może być wypłacone, w zależności od postanowień **umowy**, w formie jednorazowej lub w formie **renty** płatnej przez okres 60 miesięcy od śmierci Ubezpieczonego. Świadczenie w formie **renty** wypłacimy za miesięczne okresy liczone od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.
3. Wysokość i formę wypłaty świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego skutkującą osieroceniem **dziecka**, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w wyniku:

- a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę, dokonanego w ciągu 6 miesięcy od daty zawarcia **umowy** lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału Ubezpieczonego w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania Ubezpieczonego na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**.
5. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć Ubezpieczonego skutkującą osieroceniem **dziecka, dziecku** które umyślnie przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZĘSTWEM UBEZPIECZONEGO

§ 48. ŚMIERĆ RODZĘSTWA RODZONEGO LUB PRZYRODNIEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia określimy wspólnie w **umowie** i potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

3. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego**, jeżeli wypadek będący przyczyną śmierci **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego** powstał wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 56 tych **o.w.u.**;
 - b) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę **rodzeństwa rodzzonego lub przyrodniego** niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**.

ŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA

§ 49. ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA ALBO RODZICA PARTNERA

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **okresie ochrony**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**, która powstała wskutek:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy lub od daty rozszerzenia zakresu **umowy** o to świadczenie dodatkowe (jeżeli jest to data późniejsza);
 - b) czynnego udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka**

albo **rodzica partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, chyba że śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** była wynikiem **wypadku**.

4. W razie wskazania **partnera** później niż w **datcie rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego (w tym w razie zmiany **partnera**) stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica partnera**, która wystąpiła w okresie 6 miesięcy od złożenia nam oświadczenia wskazującego **partnera** (w tym oświadczenia w zakresie zmiany **partnera**), chyba że śmierć **rodzica partnera** była wynikiem **wypadku**.
5. Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń. Wypłata czwartego świadczenia powoduje rozwiązanie **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ze skutkiem na dzień zajścia ostatniego zdarzenia objętego ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego.

§ 50. ŚMIERĆ RODZICA UBEZPIECZONEGO LUB ŚMIERĆ RODZICA MAŁŻONKA ALBO RODZICA PARTNERA W NASTĘPSTWIE WYPADKU

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące życia **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** w następstwie **wypadku**, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od dnia **wypadku**, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie** łącznie z wysokością świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera**, o ile zakres ubezpieczenia obejmuje to świadczenie dodatkowe.

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

2. Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierć **rodzica Ubezpieczonego** albo **rodzica partnera**, jeżeli wypadek będący przyczyną śmierci **rodzica Ubezpieczonego** lub śmierci **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** powstał wskutek okoliczności wskazanych w § 57 ust. 1 lub 3 tych **o.w.u.**
3. Nasza odpowiedzialność względem Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty 4 świadczeń. Wypłata czwartego świadczenia powoduje rozwiązanie **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ze skutkiem na dzień zajścia ostatniego zdarzenia objętego ochroną w ramach tego świadczenia dodatkowego.

§ 51. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu Ubezpieczonego, wymienionych tabeli nr 15, dotyczących **rodzica Ubezpieczonego**, Ubezpieczonemu należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 15.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń **assistance**, wymienionych w tabeli nr 15. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 1, ograniczone jest do wysokości **Sum Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance**, wskazanych w tabeli nr 15. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń **assistance**, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia **assistance**, wykonanego z tytułu zdarzenia.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 realizowane są na terytorium Polski.

Tabela nr 15 (świadczenia assistance dla Ubezpieczonego związane z jego rodzicem)

ZAKRES UBEZPIECZENIA OBEJMUJE NASTĘPUJĄCE ŚWIADCZENIA ASSISTANCE WYKONYWANE WYŁĄCZNIE NA TERENIE POLSKI:	Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE CHOROBY, ZAOSTRZENIA CHOROBY PRZEWLEKŁEJ LUB WYPADKU	
1. Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza; koszt leków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
2. Dostarczenie do miejsca pobytu posiłków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia posiłków; koszt posiłków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
3. Pomoc w opłaceniu rachunków po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty zorganizowania pomocy w opłaceniu rachunków, których termin płatności przypada w okresie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub w okresie jednego miesiąca po dniu wypisu Ubezpieczonego ze szpitala ; świadczenie przysługuje w odniesieniu do 2 hospitalizacji rozpoczętych w danym roku polisowym ; koszt rachunków nie jest przez nas pokrywany.	250 zł
4. Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku wymagany jest pobyt rodzica Ubezpieczonego w placówce medycznej; transport medyczny jest organizowany, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej .	1000 zł
5. Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu (1 transport medyczny na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku rodzic Ubezpieczonego przebywa w placówce medycznej.	1000 zł
6. Transport medyczny ze wskazaną przez rodzica Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do placówki medycznej oraz transport powrotny do placówki medycznej (1 transport medyczny wraz z transportem powrotnym do placówki medycznej na zdarzenie)	
Transport medyczny jest organizowany w sytuacji, gdy placówka medyczna, w której przebywa rodzic Ubezpieczonego , nie odpowiada pod względem medycznym wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy rodzic Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej.	1000 zł
7. Transport na i z wizyty kontrolnej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanego do stanu zdrowia rodzica Ubezpieczonego na jedną wizytę kontrolną zalecaną przez lekarza prowadzącego oraz transportu powrotnego, o ile termin wizyty kontrolnej zgodnie z powyższym zaleceniem ma przypadać w ciągu jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.	1000 zł
8. Transport do i z sanatorium po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu autobusowego, kolejowego (biletów 1 klasy) lub taksówką (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) do i z sanatorium w wybranym przez rodzica Ubezpieczonego terminie, po jego pobycie w szpitalu w następstwie choroby, zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku , trwającym powyżej 5 dni; świadczenie przysługuje w okresie jednego roku po zakończeniu hospitalizacji.	500 zł
9. Organizacja i pokrycie kosztów wizyty bliskiej osoby w razie pobytu rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:	
a. zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i ze szpitala , w którym znajduje się rodzic Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego; oraz	1000 zł
b. dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości co szpital , w którym przebywa rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł
10. Opieka osoby bliskiej po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zapewnimy:	
a. zwrot kosztów zakupu biletów w obydwie strony (do i z miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego) autobusowych lub kolejowych 1 klasy dla jednej osoby bliskiej wskazanej przez Ubezpieczonego; oraz	1000 zł
b. dla tej osoby zorganizujemy i pokryjemy koszty zakwaterowania w hotelu położonym w tej samej miejscowości, w której znajduje się rodzic Ubezpieczonego (jeżeli w tej miejscowości nie ma hotelu, pokryjemy koszt zakwaterowania w najbliższym hotelu).	300 zł

11. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej rodzic Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej; w zależności od wyboru Ubezpieczonego zapewnimy jedno z poniższych świadczeń (skorzystanie z jednego z nich wyklucza skorzystanie z drugiego):	
a.	organizację i pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu rodzica Ubezpieczonego , albo 2000 zł
b.	organizację i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej. 2000 zł
12. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie wypadku lub po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu trwającym powyżej 5 dni w następstwie choroby lub zaostrzenia choroby przewlekłej rodzic Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinniśmy używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; zapewnimy:	
a.	organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego , dla którego wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny ; 500 zł
b.	pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego . 500 zł
13. Opieka pielęgniarki po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie wypadku , zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku z medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu rodzica Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 30 dni. 5000 zł	
14. Pomoc domowa po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie wypadku , zaostrzenia choroby przewlekłej lub choroby przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, jeżeli zgodnie z oświadczeniem nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości) po zakończeniu hospitalizacji; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 30 dni. 5000 zł	
15. Dostarczenie do miejsca pobytu książek po pobycie rodzica Ubezpieczonego w szpitalu	
W sytuacji, gdy rodzic Ubezpieczonego w następstwie choroby , zaostrzenia choroby przewlekłej lub wypadku przebywał w szpitalu przez okres dłuższy niż 5 dni, pokryjemy koszty dostarczenia książek; koszt książek nie jest przez nas pokrywany. 250 zł	
II. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA LUB WYPADKU	
Refundacja kosztów za artykuły pierwszej potrzeby	
Jeżeli rodzic Ubezpieczonego w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni, zwrócimy koszty następujących artykułów pierwszej potrzeby: kapcie, szlafrok, piżama, przybory toaletowe osobistego użytku. 100 zł	
III. UDZIELENIE POMOCY RODZICOWI UBEZPIECZONEGO W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU	
1. Wizyta lekarska	
W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty jednej wizyty lekarskiej dla rodzica Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej , w placówce medycznej lub w miejscu pobytu rodzica Ubezpieczonego . 500 zł	
2. Wizyty pielęgniarskie	
W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty honorariów i dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu rodzica Ubezpieczonego , o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej . 2000 zł	
3. Pomoc domowa	
W razie wystąpienia wypadku rodzica Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej (przygotowanie posiłków, zakup podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości), jeżeli według oświadczenia Ubezpieczonego rodzic Ubezpieczonego nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; koszt posiłków, podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości nie jest przez nas pokrywany; usługa świadczona jest maksymalnie przez 15 dni. 2000 zł	
IV. ŚWIADCZENIA W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH RODZICA UBEZPIECZONEGO	
Pomoc psychologa	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyt u psychologa w razie wystąpienia u rodzica Ubezpieczonego następujących trudnych sytuacji losowych:	
a.	śmierć dziecka rodzica Ubezpieczonego
b.	śmierć małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego 500 zł
c.	hospitalizacji rodzica Ubezpieczonego , małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , dziecka rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego przez okres dłuższy niż 5 dni lub choroby (zaawansowanego nowotworu, udaru mózgu, zawału serca) rodzica Ubezpieczonego , małżonka albo partnera rodzica Ubezpieczonego , dziecka rodzica Ubezpieczonego , rodzica rodzica Ubezpieczonego

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

4. Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów świadczeń assistance, będących następstwem **wypadku** lub **choroby**, które powstały wskutek okoliczności wskazanych w § 57 tych **o.w.u.**
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje:
 - a) organizacji i pokrycia kosztów świadczeń assistance poza terytorium Polski;
 - b) pokrycia kosztów świadczeń, które nie zostały przez nas zorganizowane;
 - c) kosztów leków;
 - d) kosztów powstałych wskutek:
 - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarowo-szczękowego;
 - leczenia sanatoryjnego;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodów ich wykonania, helioterapii;
 - leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - e) leczenia, które jest bezpośrednim wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych;
 - f) **wad wrodzonych**;
 - g) zdarzeń powstałych w wyniku złamania przez **rodzica Ubezpieczonego** zakazów i regulacji rządowych, w tym wymogów wizowych;
 - h) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - i) **chorób przewlekłych**.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń assistance, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych, przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **rodzica Ubezpieczonego**.
7. Nasza odpowiedzialność w każdym **roku polisowym** w zakresie tego świadczenia dodatkowego ograniczona jest do 2 **rodziców Ubezpieczonego**, którzy jako pierwsi skorzystali ze świadczeń assistance w danym **roku polisowym**.
8. Gdy na skutek **siły wyższej** Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 15, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 15.
9. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 15, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

§ 52. POWAŻNE ZACHOROWANIE RODZICA UBEZPIECZONEGO

CO OBEJMUJEMY OCHRONĄ

POWAŻNE ZACHOROWANIE RODZICA UBEZPIECZONEGO

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku zdarzenia w życiu Ubezpieczonego polegającego na tym, że w **okresie ochrony** u **rodzica Ubezpieczonego** zostanie zdiagnozowana **choroba** lub przeprowadzony zabieg, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.** – w części „Poważne zachorowanie rodzica”, wypłacimy Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** określonej w **umowie**.
2. Wysokość świadczenia potwierdzimy w **polisie**.

ŚWIADCZENIA DLA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z POWAŻNYM ZACHOROWANIEM RODZICA UBEZPIECZONEGO

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdarzenie w życiu Ubezpieczonego dotyczące zdrowia **rodzica Ubezpieczonego**. W przypadku zaistnienia w **okresie ochrony** zdarzeń w życiu Ubezpieczonego, wymienionych w ust. 1, dotyczących **rodzica Ubezpieczonego**, Ubezpieczonemu należyne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**Suma Ubezpieczenia Assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 16.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez Ubezpieczonego świadczeń

medycznych, wymienionych w tabeli nr 16, o ile zostały one zlecone pisemnie przez lekarza prowadzącego leczenie **rodzica Ubezpieczonego** w związku z **chorobą** lub przeprowadzeniem zabiegu. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w odniesieniu do jednego zdarzenia ograniczone jest do wysokości **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, wskazanych w tabeli nr 16, z zastrzeżeniem ust. 5-7.

5. **Sumy Ubezpieczenia Assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych, w odniesieniu do jednej **choroby** lub zabiegu, każdorazowo ulegają obniżeniu o kwotę stanowiącą wartość danego świadczenia medycznego, wykonanego z tytułu zdarzenia.
6. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg (z niżej wskazanych dostępnych 17 świadczeń medycznych), przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **rodzic Ubezpieczonego** może skorzystać tylko jeden raz na każdą chorobę lub zabieg.
7. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktowane jest jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania, niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie **rodzica Ubezpieczonego**, w związku ze zdiagnozowaniem **choroby** lub przeprowadzeniem zabiegu.

Tabela nr 16 (świadczenia dla Ubezpieczonego związane z **poważnym zachorowaniem rodzica Ubezpieczonego**)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA MEDYCZNEGO			Suma Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia na każdą chorobę lub zabieg
Świadczenia medyczne po poważnym zachorowaniu rodzica Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg z uwzględnieniem Sum Ubezpieczenia Assistance dla danego świadczenia medycznego:			
I. Konsultacje			
1. Chirurg	6. Kardiolog	11. Hepatolog	
2. Okulista	7. Neurolog	12. Psycholog	
3. Otolaryngolog	8. Pulmonolog		5000 zł
4. Ortopeda	9. Lekarz rehabilitacji		
5. Ginekolog	10. Neurochirurg		
II. Diagnostyka laboratoryjna			
13.			
• mocznik – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	800 zł
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• glukoza	
• fibrynogen	• proteinogram	• ferrytyna	
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity	• lipidogram	
• fosfor nieorganiczny	• próby wątrobowe	• magnez	
III. Badania specjalistyczne			
14. Badania radiologiczne (RTG)			
15. Badania ultrasonograficzne (USG)			
16. Rezonans magnetyczny (maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			4400 zł
17. Tomografia komputerowa (maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych na każdą chorobę lub zabieg)			

CZEGO NIE OBEJMUJEMY OCHRONĄ

8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia wskazanych w lit. B poszczególnych definicji **poważnych zachorowań** zawartych w załączniku nr 1 do tych **o.w.u.**
9. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych assistance za zdiagnozowanie u **rodzica Ubezpieczonego** lub przeprowadzenie zabiegu, które powstały wskutek:
 - a) okoliczności wskazanych w § 57 tych **o.w.u.**;
 - b) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
10. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że w przypadku zdiagnozowania u **rodzica Ubezpieczonego choroby** lub przeprowadzenia zabiegu w okresie 3 miesięcy od **daty rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia dodatkowego, odpowiadamy wyłącznie za **choroby** lub zabiegi będące wynikiem **wypadku**.
11. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną **chorobę** lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **rodzic Ubezpieczonego** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od daty zdiagnozowania tej **choroby** lub przeprowadzenia tego zabiegu.

12. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za tą samą **chorobę** lub ten sam zabieg.
13. Nie wypłacimy świadczenia, ani nie zorganizujemy i nie pokryjemy kosztów świadczeń medycznych za zdiagnozowanie **choroby** lub przeprowadzenie zabiegu, które zgodnie z wiedzą medyczną, wynikają bezpośrednio z **choroby** lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy**.
14. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienie w realizacji świadczenia medycznego, jeżeli do opóźnienia doszło na skutek **sily wyższej**.
15. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy **Sumę Ubezpieczenia Assistance** wskazaną w tabeli nr 16, wykonamy tę usługę (jeśli mieści się ona w maksymalnym limicie 10 świadczeń medycznych na każdą **chorobę** lub zabieg) w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określoną **Sumą Ubezpieczenia Assistance**.

OGÓLNE WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 53. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z UBEZPIECZONYM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału Ubezpieczonego w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania Ubezpieczonego na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
 - f) czynnego udziału Ubezpieczonego w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
 - g) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - h) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - i) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
 2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **matżonka** albo **partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
 3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.
- b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **matżonka** albo **partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **matżonka** albo **partner** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **matżonka** albo **partnera** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **matżonka** albo **partnera** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **matżonka** albo **partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **matżonka** albo **partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
 - f) czynnego udziału **matżonka** albo **partnera** w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
 - g) uczestniczenia **matżonka** albo **partnera** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
 - h) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - i) prowadzenia przez **matżonka** albo **partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **matżonka** albo **partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **matżonka** albo **partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **matżonka** albo **partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 54. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z MAŁŻONKIEM ALBO PARTNEREM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania małżonka albo partnera pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **dziecka** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **dziecko** było pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **dziecko** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **dziecka** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **dziecka** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
 - f) czynnego udziału **dziecka** w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo,

§ 55. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z DZIECKIEM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - a) **działania dziecka pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **dziecka** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **dziecko** było pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
 - d) popełnienia przez **dziecko** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) czynnego udziału **dziecka** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **dziecka** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **dziecka** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
 - f) czynnego udziału **dziecka** w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo,

- sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
- g) uczestniczenia **dziecka** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
- h) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
- j) prowadzenia przez **dziecko** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **dziecko** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
- a) poddania się przez **dziecko** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
- b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
- c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **dziecko** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 56. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z RODZEŃSTWEM RODZONYM LUB PRZYRODNIM

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
- a) **działania rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
- c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** było pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
- d) popełnienia przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
- e) czynnego udziału **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
- f) czynnego udziału **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
- g) uczestniczenia **rodzeństwa rodzonego lub przyrodniego** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;

- h) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- i) prowadzenia przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **rodzeństwo rodzone lub przyrodnie** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

§ 57. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZWIĄZANE Z RODZICEM UBEZPIECZONEGO LUB RODZICEM MAŁŻONKA ALBO RODZICEM PARTNERA

1. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyłają do tego ustępu, nie wypłacimy świadczenia za zdarzenia, które powstały wskutek:
- a) **działania rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- b) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
- c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem **wypadków**, w których **rodzic Ubezpieczonego lub rodzic małżonka albo rodzic partnera** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**;
- d) popełnienia przez **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu;
- e) czynnego udziału **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**;
- f) czynnego udziału **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** w następujących aktywnościach sportowych: paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo, lotnictwo, sporty motorowe lub motorowodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki na linie, speleologia, wspinaczka górską lub skałkowa wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, free running;
- g) uczestniczenia **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów;
- h) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek **wypadku**;
- j) prowadzenia przez **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **rodzica Ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo rodzica partnera** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.

2. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłaciemy świadczenia za zdarzenia, jeżeli były one następstwem **choroby**, która powstała wskutek:
 - a) poddania się przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - b) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez organy administracji państwowej;
 - c) nadużywania alkoholu, co wynika z dokumentacji medycznej.
3. W przypadkach, gdy **o.w.u.** odsyła do tego ustępu, nie wypłaciemy świadczenia za zdarzenia, jeżeli ich przyczyną był **wypadek**, który powstał wskutek poddania się przez **rodzica Ubezpieczonego** lub **rodzica małżonka** albo **rodzica partnera** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z tym **wypadkiem**.

OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z UMOWĄ

W tej części znajdują się informacje o tym jak zawrzeć umowę. Dowiesz się tu również, jakie są Twoje obowiązki związane z umową, jak obliczamy składkę oraz w jaki sposób przekazujemy informację o warunkach umowy

§ 58. ZAWARCIE UMOWY

1. **Umowa** zawierana jest na podstawie **wniosku o zawarcie umowy**, składanego przez Ciebie na naszym formularzu.
2. Możemy prosić Cię o dodatkowe informacje dotyczące Twojego stanu zdrowia, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Możemy prosić Cię, abyś w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
4. Na podstawie informacji zawartych we **wniosku o zawarcie umowy** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, w wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia **umowy**.
5. Zawarcie **umowy** potwierdzimy wystawiając **polisę**.

§ 59. WIEK UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w proponowanej przez nią **dacie rozpoczęcia ochrony** ma ukończone:
 - a) 15 lat i nie ma ukończonych 75 lat,
 - b) bez względu na wiek – o ile osoba ta była objęta ochroną w ramach zawartej z nami umowy grupowego ubezpieczenia na życie i zawiera niniejszą **umowę w wariantcie indywidualnej kontynuacji**.

§ 60. PODANIE OKOLICZNOŚCI, O KTÓRE PYTAMY

1. Jesteś zobowiązany podać nam do wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytaliśmy Cię na piśmie przed zawarciem **umowy**. Jeśli zawierasz **umowę** przez przedstawiciela, na nim także spoczywa ten obowiązek i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Jeśli nie otrzymamy odpowiedzi na nasze pytania, a mimo to zawrzemy z Tobą **umowę**, to uznajemy, że pominięte okoliczności nie były istotne.
2. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, które z naruszeniem poprzedniego ustępu nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeśli umyślnie nie ujawniłeś nam tych okoliczności, w razie wątpliwości przyjmiemy, że objęte ochroną zdarzenie i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi po upływie trzech lat od zawarcia **umowy**, nie możemy podnieść zarzutu, że przy zawieraniu **umowy** podano informacje nieprawdziwe.

§ 61. SUMA UBEZPIECZENIA

1. **Suma ubezpieczenia** jest ustalana przez nas wspólnie przy zawieraniu lub zmianie **umowy**.
2. Za naszą zgodą możesz zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą **rocznicę polisy**. Szczegółowy tryb dokonywania zmian **sumy ubezpieczenia** określa § 70 tych **o.w.u.**

§ 62. SKŁADKA

1. Jesteś zobowiązany do optacania składki miesięcznej w wysokości ustalonej w **umowie** oraz potwierdzonej w **polisie**, zaś w przypadku zmiany wysokości składki – potwierdzonej w aneksie do **polisy**.
2. Składkę ustala się w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie obowiązującej taryfy składek, w zależności od Twojego wieku, zakresu ubezpieczenia i **sumy ubezpieczenia**. W wyliczeniu składki uwzględnia się okres **karencji**.
3. Składka jest płatna najpóźniej do ostatniego dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który jest należna.
4. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ciebie z chwilą, gdy wpływie ona na nasz rachunek bankowy w pełnej wysokości wynikającej z **umowy**.
5. W przypadku zaległości w optacaniu składek, wpłacane kwoty zaliczane są na poczet pierwszej zaległej składki.
6. Jesteś zobowiązany do zapłaty składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed końcem okresu, na który jest zawarta **umowa**, masz prawo do zwrotu składki za niewykorzystany **okres ochrony**.

§ 63. INFORMACJE O WARUNKACH UMOWY

1. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków **umowy** lub zmianą prawa właściwego dla **umowy** prześlemy Ci, na piśmie lub, jeżeli wyrażisz na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**.
2. Poinformujemy Cię, na piśmie lub, jeżeli wyrażisz na to zgodę, na innym trwałym nośniku, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu **umowy**, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania **umowy**. Po raz pierwszy informacje te prześlemy Ci nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia **umowy**.
3. Informacje, o których mowa w ust. 1-2, za Twoją zgodą, możemy przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

§ 64. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

1. Zdarzenie objęte ubezpieczeniem można zgłosić:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Potrzebę organizacji świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej można zgłosić za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
 - a) telefonicznie 224 224 224,
 - b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 50B,
 - c) pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.

§ 65. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną:
 - a) informujemy o tym Ciebie (jeżeli to nie Ty wystąpiłeś z tym zawiadomieniem), oraz

- b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokość świadczenia, a także
- c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej [allianz.pl](http://allianz.pl/allianz.pl).
- Świadczenia wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
 - Reguły opisanych w ustępach 1 i 2 nie stosujemy do zdarzeń w ramach ubezpieczeń chorobowych, o których mowa w dziale I w grupie 5 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
 - Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
 - Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
 - Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
 - Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
 - Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu informujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 - Możemy zażądać, abyś w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
 - Określenie wartości procentowej **trwałego uszczerbku na zdrowiu** jest dokonywane na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji, oraz wyników badań, o których mowa w ust. 9. Wskazane jest dokonanie zgłoszenia roszczenia po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, nie później jednak niż w ciągu 3 lat od daty **wypadku**, z zastrzeżeniem ust. 11. Po zaistnieniu **wypadku** Ubezpieczony, **matzonek** albo **partner** lub **dziecko** powinni niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków **wypadku** przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
 - W odniesieniu do uszczerbków wskazanych w części II tabeli stanowiącej załącznik nr 6 do tych **o.w.u.**, ze względów medycznych ustalenie **trwałego uszczerbku na zdrowiu** może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty **wypadku**.
 - W przypadku, gdy nasze świadczenie polega na zwrocie poniesionych kosztów, powinniśmy udokumentować ich wysokość. Zwrócimy je na podstawie przedstawionych dowodów poniesionych przez Ciebie kosztów.
 - Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski możesz nam potwierdzić dostarczając dokumentację medyczną w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
 - W celu realizacji świadczeń medycznych, teleopieki kardiologicznej i świadczeń assistance, informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Dokumenty te powinny zostać przesłane lub dostarczone osobiście do **centrum operacyjnego**.
 - Miejsce realizacji świadczeń medycznych ustalimy, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** w porozumieniu z Tobą i w terminie **5 dni roboczych** od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 14, zorganizujemy świadczenie medyczne we współpracującym podmiocie lub placówce medycznej.
 - Wartość poszczególnych świadczeń assistance pogrzebowego, świadczeń medycznych po poważnym zachorowaniu, świadczeń assistance onkologicznego, świadczeń assistance i telemedycyny,

świadczeń assistance związanych z urodzeniem dziecka oraz świadczeń assistance związanych z rodzicem Ubezpieczonego ustalana jest każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia, a w przypadku usług świadczonych za granicą – na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego kraju w dniu organizacji przez nas świadczenia. Poinformujemy Cię o niej oraz jej wpływie na łączny limit kosztów lub **Sumy Ubezpieczenia Assistance** przed skorzystaniem przez Ciebie ze świadczenia.

- Do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń dodatkowych związanych z **dzieckiem, matzonekiem, partnerem, rodzicem Ubezpieczonego, rodzicem matzoneka, rodzicem partnera**, innych niż ich śmierć, należy dotychczas ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej), w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, w zakresie określonym w art. 38 ust. 2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

§ 66. NA RZECZ KOGO REALIZUJEMY ŚWIADCZENIE

- Świadczenia należne z tytułu **umowy**, z wyłączeniem świadczeń z tytułu śmierci Ubezpieczonego, przysługują Ubezpieczonemu. Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługują uposażonemu lub w razie ich braku innym **uprawnionym**. Świadczenie należne z tytułu śmierci Ubezpieczonego skutkującej osieroceniem **dziecka** przysługuje osieroconemu **dziecku**.
- Ubezpieczony może wskazać jednego lub większą liczbę **uposażonych** jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia (**sumy ubezpieczenia**) na wypadek jego śmierci. Wskazanie **uposażonego** jest bezskuteczne, jeżeli **uposażony** zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma **uposażonego**, świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego przysługuje najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - matzonek,
 - dzieci w równych częściach (gdy nie ma matzonek);
 - rodzice w równych częściach (gdy nie ma dzieci i matzonek);
 - rodzeństwo w równych częściach (gdy nie ma rodziców, dzieci i matzonek);
 - w równych częściach inni spadkobiercy Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

JAKIE SĄ NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY UMOWY

W tej części informujemy o początku i zakończeniu ochrony, a także o możliwościach rozwiązania umowy, składania reklamacji, skarg i zażaleń oraz rozwiązywania sporów.

§ 67. POCZĄTEK OCHRONY

- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu uzgodnionym w **umowie** oraz potwierdzonym w **polisie**, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym zapłaciłeś składkę w wysokości wynikającej z **umowy**.
- W przypadku zmiany zakresu ubezpieczenia w trakcie trwania **umowy**, ochrona w zmienionym zakresie ubezpieczenia rozpoczyna się w najbliższą **rocznicę polisy** przypadającą po Twoim wniosku o dokonanie zmian zakresu, o ile przed tą **rocznicą polisy** poinformowaliśmy Cię o jego akceptacji.

§ 68. ZAWIESZENIE OCHRONY

- W sytuacji, gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona w terminie, wezwiemy Cię do zapłaty składki z zagrożeniem, że w razie braku jej zapłaty w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni, ochrona ulegnie zawieszeniu. Ochrona ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 1 miesiąca liczonego od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony.

2. Składkę uważa się za niezapłaconą, jeżeli wysokość składki przekazanej na nasz rachunek bankowy jest niższa niż kwota składki wynikająca z **umowy**.
3. Ochrona ulega wznowieniu z dniem jej zawieszenia po zapłaceniu przez Ciebie kwoty składek należnych za okres od dnia zawieszenia ochrony do dnia dokonania wpłaty.
4. W razie niewznowienia ochrony w trybie opisanym w ust. 3 w terminie miesiąca liczonym od ostatniego dnia okresu udzielania ochrony, **umowę** uważa się za wypowiedzianą przez Ciebie z ostatnim dniem okresu udzielania ochrony (tj. z dniem poprzedzającym dzień zawieszenia ochrony).
5. W okresie zawieszenia ochrony, z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ochroną, wypłacimy świadczenie wyjątkowo wtedy, gdy przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokonasz wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia ochrony do dnia dokonania wpłaty w wysokości określonej w **umowie**. W razie gdy nie dokonasz powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, jesteśmy zwolnieni z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia w okresie zawieszenia ochrony.

§ 69. CZAS TRWANIA UMOWY

1. **Umowę** zawieramy na okres **roku polisowego**. **Umowa** ulega przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na 14 dni przed najbliższą **rocznicą polisy**, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy**. **Umowa** może być w ten sposób przedłużana wielokrotnie.
2. W razie przedłużenia **umowy** na kolejny **rok polisowy**, **umowa** przedłużana jest na takich samych warunkach jakie obowiązywały w poprzedzającym ją **roku polisowym**, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie **umowy** pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki **umowy**.

§ 70. ZMIANY W UMOWIE

1. Każda ze stron **umowy** może złożyć drugiej stronie wniosek o zmianę **umowy**, przy czym wniosek o zmianę powinien zostać złożony:
 - a) nie później niż na miesiąc przed **rocznicą polisy** – jeżeli o zmianę wnioskujesz Ty;
 - b) nie później niż na dwa miesiące przed **rocznicą polisy** – jeżeli to my wnioskujemy o zmianę.
2. Jeżeli po otrzymaniu od nas wniosku o zmianę **umowy**, nie wyrazisz zgody na zmianę **umowy** w terminie do 14 dni przed datą **rocznicy polisy**, **umowa** nie ulegnie przedłużeniu na kolejny **rok polisowy**. **Umowa** nie przedłuży się również, gdy w terminie do miesiąca od daty złożenia przez Ciebie wniosku o zmianę **umowy**, to my nie wyrazimy zgody na zmianę **umowy**.

§ 71. KONIEC OCHRONY

1. Ochrona względem Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w chwili śmierci Ubezpieczonego;
 - b) z dniem rozwiązania **umowy**;
 - c) z dniem upływu okresu wypowiedzenia **umowy**;
 - d) z dniem odstąpienia od **umowy**;
 - e) z ostatnim dniem dodatkowego terminu do zapłaty składki wskazanego w wezwaniu, o którym mowa w § 68 ust. 1 tych **o.w.u.** – jeżeli Ubezpieczający nie przekaże zaległych składek w terminie określonym w § 68 ust. 4 tych **o.w.u.**;
 - f) z dniem poprzedzającym najbliższą **rocznicę polisy**, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego:
 - I. 70 roku życia – jeśli w dniu złożenia **wniosku o zawarcie umowy** Ubezpieczony nie miał ukończonych 70 lat, z zastrzeżeniem pkt. ii poniżej;
 - II. 75 roku życia – jeśli w dniu złożenia **wniosku o zawarcie umowy** Ubezpieczony miał ukończone 70 lat albo jeżeli wyraził zgodę na przedłużenie ochrony na zmienionych warunkach, zaproponowanych przez nas zgodnie z § 70 tych **o.w.u.**, umożliwiających mu skorzystanie z ochrony od najbliższej **rocznicy polisy** następującej po ukończeniu przez niego 70 roku życia;
- w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-f) nastąpiło wcześniej.
- W odniesieniu do Ubezpieczonego objętego ochroną w **wariantcie indywidualnej kontynuacji**, nie mają zastosowania postanowienia z lit. f). Oznacza to, że zajście zdarzenia opisanego w lit. f), nie powoduje wygaśnięcia ochrony względem tego Ubezpieczonego.

2. W przypadku, gdy w **umowie** zakres ochrony został rozszerzony również o świadczenia dodatkowe wskazane w tych **o.w.u.**, ochrona względem Ubezpieczonego w odniesieniu do poszczególnego świadczenia dodatkowego wygasa:
 - a) w przypadkach określonych w ust. 1 powyżej;
 - b) z dniem wygaśnięcia **umowy** w zakresie tego świadczenia dodatkowego;
- w zależności od tego, które ze zdarzeń opisanych w lit. a)-b) nastąpiło wcześniej.

§ 72. ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Jeżeli **umowa** jest zawarta na dłużej niż 6 miesięcy, możesz odstąpić od **umowy** składając nam oświadczenie o odstąpieniu w formie pisemnej w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia.
2. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy** jest liczony od dnia, w którym dowiedzieliś się o tym prawie.
3. W przypadku zawarcia **umowy** na odległość, w której występujesz jako konsument, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy** lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy** zostało wysłane przed jego upływem.
4. Odstąpienie od **umowy** nie zwalnia Cię z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 73. WYPOWIEDZENIE UMOWY

Możesz w każdym czasie wypowiedzieć **umowę** składając nam oświadczenie o wypowiedzeniu **umowy** w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymamy oświadczenie o wypowiedzeniu.

§ 74. ROZWIĄZANIE UMOWY

Umowa ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który została zawarta, o ile nie doszło do jej przedłużenia na kolejny **rok polisowy**.

§ 75. SKRÓCENIE OKRESU KARENCJI

1. Jeśli przed zawarciem **umowy**, byłeś objęty ochroną z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z nami, jesteś uprawniony do skrócenia okresu **karencji** zgodnie z zasadami opisanymi w tym paragrafie. Jeżeli ochrona z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z nami, kończy się wraz z końcem miesiąca, wówczas skrócenie **okresu karencji** nastąpi, gdy **data rozpoczęcia ochrony** przypadać będzie w jednym z czterech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu, w którym kończy się ochrona z tytułu tej innej umowy ubezpieczenia. Jeżeli ochrona z tytułu innej umowy ubezpieczenia na życie zawartej z nami, kończy się w innym dniu niż ostatni dzień miesiąca, wówczas skrócenie **okresu karencji** nastąpi, gdy **data rozpoczęcia ochrony** przypadać będzie w jednym z trzech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu, w którym kończy się ochrona z tytułu tej innej umowy ubezpieczenia. Wskutek skrócenia, okres **karencji** liczony będzie od daty rozpoczęcia ochrony względem Ubezpieczonego w zakresie danego zdarzenia w ramach poprzedniego ubezpieczenia.
2. W ten sam sposób okres **karencji** liczymy w przypadku, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną przez inny zakład ubezpieczeń w ramach umowy ubezpieczenia na życie, jeśli przerwa pomiędzy zakończeniem ochrony w ramach tej umowy z innym zakładem ubezpieczeń, a **datą rozpoczęcia ochrony** była nie dłuższa niż 45 dni. Podanie danych potwierdzających zakres ochrony w ramach umowy z innym zakładem ubezpieczeń (dotyczy tylko ryzyk objętych ochroną zarówno w poprzednim ubezpieczeniu, jak i w **umowie**) oraz okres obowiązywania umowy z innym zakładem ubezpieczeń, jest dobrowolne, ale niezbędne dla skrócenia okresu **karencji**.
3. Skrócenie okresu **karencji**, o którym mowa w ust. 1 i 2, dotyczy tylko i wyłącznie zakresu ryzyk objętych ochroną zarówno w poprzednim ubezpieczeniu, jak i w **umowie**.

§ 76. JAK ZŁOŻYĆ REKLAMACJĘ, SKARGĘ LUB ZAŻALENIE

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) w formie pisemnej – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 77. JAK INACZEJ MOŻNA ROZWIĄZAĆ SPÓR

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody.) Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 78. OBOWIĄZUJĄCE PRZEPISY PRAWA

1. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie** lub w tych **o.w.u.**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy** na odległość.
2. W relacjach wynikających z tych **o.w.u.** stosujemy język polski.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).

§ 79. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDÓW

1. Pozew, który dotyczy **umowy** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,

- b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub **uprawnionego z umowy**,
- c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy **uprawnionego z umowy**.

DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych o.w.u., w zawartej na ich podstawie umowie oraz w pismach i oświadczeniach składanych w związku zawarciem lub wykonywaniem umowy, a także rozwijamy skróty ustaw, do których odwołujemy się w tych o.w.u.

§ 80. DEFINICJE

1. **Akt przemocy**
bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności
2. **Akt terroru**
nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy, lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych
3. **Akty stanu wojennego lub działania wojenne**
ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi
4. **Całkowita niezdolność do pracy**
całkowita niezdolność do pracy osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, stwierdzona orzeczeniem **lekarza orzecznika** lub przez właściwy sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, całkowitą niezdolność do pracy ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem § 65 ust. 9 tych **o.w.u.**, z uwzględnieniem:
 - a) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji;
 - b) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne; pod warunkiem pozostawania przez tę osobę przez nieprzerwany okres minimum 6 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną
5. **Centrum operacyjne**
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B (02-672 Warszawa), podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń assistance, telemedycyny, świadczeń medycznych i teleopieki kardiologicznej
6. **Choroba**
reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju
7. **Choroba przewlekła**
 - na potrzeby świadczenia assistance i telemedycyny albo assistance 70+ – **choroba** zdiagnozowana przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie świadczenia assistance i telemedycyny albo – odpowiednio – assistance 70+, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w **szpitalu** w okresie 12 miesięcy przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia,
 - na potrzeby świadczenia assistance związanego z **rodzicem Ubezpieczonego** – **choroba** zdiagnozowana przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie świadczenia assistance związanego z **rodzicem Ubezpieczonego**, charakteryzująca się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, leczona stale lub okresowo ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w **szpitalu** w okresie 12 miesięcy przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie tego świadczenia

8. Członek rodziny

dziecko, małżonek albo partner, rodzeństwo rodzone lub przyrodnie, rodzice Ubezpieczonego, rodzice matzonka albo partnera

9. Czynności życia codziennego

za czynności życia codziennego uznaje się:

- poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika;
- kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu higieny osobistej;
- mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej;
- ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby;
- jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);
- korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej

10. Data rozpoczęcia ochrony

dzień określony w **umowie**, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność na podstawie **umowy**. Data rozpoczęcia ochrony ustalana jest jako pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy i zaakceptowaliśmy **wniosek o zawarcie umowy**. Decyzję w przedmiocie akceptacji **wniosku o zawarcie umowy** podejmiemy w miesiącu, w którym otrzymamy **wniosek o zawarcie umowy**. O odmowie akceptacji poinformujemy Cię nie później niż w terminie 1 miesiąca od dnia otrzymania **wniosku o zawarcie umowy**. Datę rozpoczęcia ochrony potwierdzimy w polisie. W przypadku zmiany ubezpieczenia w trakcie trwania **umowy**, za datę rozpoczęcia ochrony w zmienionym zakresie ubezpieczenia uznaje się najbliższą **rocznicę polisy**, przypadającą po Twoim wniosku o dokonanie zmian, o ile przed tą **rocznicą polisy** poinformowaliśmy Cię o jego akceptacji – dzień ten potwierdzimy w aneksie do **polisy**, wskazując datę, od której obowiązują zmienione warunki

11. Depresja poporodowa

zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z porodem, zakwalifikowane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako F53

12. Działanie pod wpływem alkoholu

działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

- stężenia we krwi od 0,2 promila alkoholu lub
- obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³

13. Dziecko

dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego

14. Dzień pobytu w szpitalu

dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce pobyt w **szpitalu**, niezależnie od tego, ile czasu trwał pobyt w danym dniu kalendarzowym. Za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w **szpitalu**, a za ostatni dzień wypisu ze **szpitala**

15. Dzień roboczy

każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy

16. Karencja

okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń wskazanych w **umowie** jest wyłączona, bądź ograniczona; okres **karencji** uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki

17. Leczenie operacyjne

przez uraz leczony operacyjnie należy rozumieć uraz, który zgodnie z dokumentacją medyczną wymaga przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego lub laparoskopowego naruszającego ciągłość powłok ciała (przecięcie skóry) lub metodą endoskopową, wykonanego w warunkach ambulatoryjnych lub podczas hospitalizacji. Za **leczenie operacyjne** w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się zeszyca **rany** i zabiegów wykonanych w celach diagnostycznych

18. Leczenie tylko zachowawcze

przez uraz leczony tylko zachowawczo należy rozumieć uraz wymagający wyłącznie leczenia nieinwazyjnego, które nie wiąże się z podjęciem działań chirurgicznych

19. Lekarz orzecznik

lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym w Polsce, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli od orzeczenia **lekarza orzecznika** został wniesiony sprzeciw, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem **lekarza orzecznika** rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji

20. Lekarz uprawniony

lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich

21. Lek

zalecone Ubezpieczonemu leki gotowe, wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, oraz leki recepturowe, wskazane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego lub w osobnym dokumencie wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu

22. Licencjonowane linie lotnicze

przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa

23. Macocha

osoba z którą **ojciec** pozostaje lub pozostawał w związku małżeńskim, nie będąca **matką**

24. Małżonek

osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną

25. Matka

matka biologiczna lub przysposabiająca

26. Nagłe zachorowanie

nagły stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej

27. Niedowład

potwierdzone dokumentacją medyczną zmniejszenie siły mięśni lub ograniczenie zakresu ruchu powstałe na skutek zmian ośrodkowych organicznych, obwodowych lub dotyczących samego mięśnia

28. Niezdolność do samodzielnej egzystencji

naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stwierdzone orzeczeniem **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia **lekarza orzecznika** lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, przez niezdolność do samodzielnej egzystencji rozumie się trwałą i bezpowrotną utratę zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu **czynności życia codziennego**

29. OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub Oddział Intensywnej Terapii)

wydzielony specjalistyczny oddział szpitalny zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonej w specjalistyczny sprzęt umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanie zagrożenia życia; za OIOM nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych

30. Ojciec

ojciec biologiczny lub przysposabiający

31. Ojczym

osoba z którą **matka** pozostaje lub pozostawała w związku małżeńskim, nie będąca **ojcem**

32. Okres ochrony

okres, w którym udzielamy Ci ochrony z tytułu danego świadczenia na podstawie **umowy**

33. Ostry zawał serca

martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia serca
- nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie
- pojawienie się patologicznych zatańków Q w elektrokardiogramie
- nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych
- obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym

34. Pakiet

dodatkowe rozszerzenie zakresu ochrony, które możesz wybrać, jeżeli przewiduje to propozycja ubezpieczenia

- 35. Partner**
osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, która nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z Ubezpieczonym, która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe i została wskazana (imię, nazwisko, data urodzenia) jako **partner** Ubezpieczonego we **wniosku o zawarcie umowy** lub pisemnym oświadczeniu; zmiana takiego oświadczenia może nastąpić po upływie jednego roku od **daty rozpoczęcia ochrony** z tytułu **umowy** lub od daty złożenia nam ostatniego oświadczenia w zakresie wskazania/zmiany wskazania **partnera**
- 36. Polisa**
dokument potwierdzający zawarcie **umowy**
- 37. Porażenie**
potwierdzony dokumentacją medyczną stan charakteryzujący się całkowitą niezdolnością wykonywania ruchu na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni
- 38. Poronienie**
wydalenie lub wydobycie z ustroju matki będącej Ubezpieczonym lub **matłonkiem** albo **partnerem** Ubezpieczonego płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni)
- 39. Przyczyna zewnętrzna**
zdarzenie pochodzące spoza organizmu osoby która doznała tego zdarzenia, które było wyjątkowym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażenia ciała tej osoby, polegające na oddziaływaniu na ciało tej osoby:
- energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia w postaci upadków;
 - energii termicznej lub elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc;
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,
- jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia nie są **przyczyną zewnętrzną** według tych **o.w.u.**
- 40. Przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej**
stan zagrożenia życia, który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego, za który uważa się:
- zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty;
 - stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród;
 - rozległe rany z krwawieniem będące efektem urazu oraz urazy uniemożliwiające samodzielne poruszanie się;
 - nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażen i niedowładów;
 - ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze
- 41. Rana**
uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, to jest opracowania rany poprzez jej zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek, kleju tkankowego, pasków lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych
- 42. Renta**
należne z tytułu **umowy** świadczenie miesięczne
- 43. Reoperacja**
operacja na narządach uprzednio operowanych, związana z tą samą **chorobą** lub **wypadkiem**, które były powodem uprzednio przeprowadzonej operacji
- 44. Rocznicza polisy**
każda rocznica **daty rozpoczęcia ochrony**
- 45. Rodzeństwo rodzone lub przyrodnie**
dzieci **ojca** Ubezpieczonego i **matki** Ubezpieczonego lub dzieci **ojca** Ubezpieczonego i **macochy** Ubezpieczonego, lub **matki** Ubezpieczonego i **ojczyma** Ubezpieczonego
- 46. Rodzic matłonka**
ojciec matłonka lub **matka matłonka**, lub **ojczym matłonka**, lub **macocha matłonka**
- 47. Rodzic partnera**
ojciec partnera lub **matka partnera**, lub **ojczym partnera**, lub **macocha partnera**
- 48. Rodzic Ubezpieczonego**
ojciec Ubezpieczonego lub **matka** Ubezpieczonego, lub **ojczym** Ubezpieczonego, lub **macocha** Ubezpieczonego
- 49. Rok polisowy**
okres rozpoczynający się w **dacie rozpoczęcia ochrony** a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą **rocznicę polisy** oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną **rocznicę polisy** (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną **rocznicę polisy**
- 50. Sanatorium**
zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego
- 51. Siła wyższa**
nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwem nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków
- 52. Skręcenie**
uszkodzenie przebiegające z naciągnięciem, naderwaniem lub całkowitym zerwaniem torebki stawowej lub więzadeł (struktur moczujących i stabilizujących stawy)
- 53. Sprzęt rehabilitacyjny**
sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie
- 54. Stłuczenie**
zamknięte mechaniczne uszkodzenie tkanek miękkich (mięśni, skóry i tkanki podskórnej) powodujące naruszenie czynności narządu z widocznym wylewem krwi lub obrzękiem w miejscu obrażenia
- 55. Suma ubezpieczenia**
w zależności od postanowień tych **o.w.u.**, dotyczących danego świadczenia, jest to: kwota świadczenia wypłaconego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie** albo kwota stanowiąca maksymalną wysokość świadczenia wypłaconego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**, albo podstawa do ustalenia wysokości świadczenia wypłaconego z tytułu zdarzenia określonego w **umowie**. Wysokość **sumy ubezpieczenia** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**
- 56. Szpital**
zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za **szpital** w rozumieniu tych **o.w.u.** nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), **szpitala rehabilitacyjnego**, **sanatorium** i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum
- 57. Szpital rehabilitacyjny**
znajdujący się na terenie Polski zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych przez wykwalifikowaną kadrę rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza, w tym również oddziały rehabilitacyjne **szpitali** w Polsce. Za szpital rehabilitacyjny w rozumieniu tych **o.w.u.** uważa się również szpital uzdrowski (sanatoryjny). Za szpital rehabilitacyjny w rozumieniu tych **o.w.u.** nie uważa się **sanatorium** i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum
- 58. Transport medyczny**
transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej
- 59. Trwały ubytek neurologiczny**
zaburzenia neurologiczne, powstałe wskutek uszkodzenia poszczególnych struktur układu nerwowego, które powodują utrwalone ograniczenie sprawności organizmu potwierdzone w badaniu przedmiotowym i dokumentacji medycznej
- 60. Trwały uszczerbek na zdrowiu**
trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują opóźnienie czynności organizmu nierokujące poprawy
- 61. Udar mózgu**
nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Przez **udar mózgu** rozumie się również krwotok podopajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego
- 62. Umowa**
umowa zawarta na podstawie tych **o.w.u.**
- 63. Unieruchomienie**
unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, gipsu syntetycznego, gorsetu, szyny, ortozy, stabilizatora lub kołnierza ortopedycznego, a w przypadkach uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego również poprzez zastosowanie chusty trójkątnej, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej

- 64. Uposażony**
osoba wyznaczona przez Ubezpiezonego do otrzymania świadczeń z tytułu jego śmierci
- 65. Uprawniony uposażony** lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczeń z tytułu śmierci Ubezpiezonego, o której mowa w § 66 ust. 3 tych o.w.u.
- 66. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu**
potwierdzone w dokumentacji medycznej uszkodzenie ciała Ubezpiezonego, które nie powoduje **trwałego uszczerbku na zdrowiu** i nie zostało wymienione w załączniku nr 6 do tych o.w.u.
- 67. Urodzenie się dziecka z niską oceną w skali Apgar**
urodzenie się żywego **dziecka**, w akcie urodzenia którego Ubezpiezony jest wymieniony jako rodzic, które urodziło się po upływie 22 tygodnia ciąży i przy urodzeniu otrzymało od 1 do 7 punktów w skali Apgar przy ostatniej wstępnej ocenie stanu dziecka przeprowadzanej po porodzie
- 68. Urodzenie się martwego dziecka**
urodzenie się Ubezpiezonemu martwego dziecka, nie wcześniej niż po upływie 22. tygodnia ciąży (po upływie 21 tygodni i 7 dni)
- 69. Urodzenie się dziecka**
- narodzenie żywego **dziecka** potwierdzone aktem urodzenia, w którym Ubezpiezony jest wymieniony jako rodzic **dziecka**, albo
 - przysposobienie **dziecka** przez Ubezpiezonego potwierdzone aktem urodzenia, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic **dziecka**, lub prawomocnym orzeczeniem sądu stwierdzającym przysposobienie; w tym przypadku za datę urodzenia się dziecka przyjmujemy datę uprawomocnienia się orzeczenia sądu orzekającego przysposobienie **dziecka** przez Ubezpiezonego
- 70. Uszczerbek na zdrowiu dziecka**
fizyczne uszkodzenie ciała **dziecka**, które nie ukończyło 25 roku życia, lub utrata przez nie zdrowia, skutkujące upośledzeniem czynności organizmu
- 71. Uszkodzenie tkanek miękkich**
uszkodzenie mięśni, naczyń, nerwów, ścięgien, więzadeł będące następstwem **wypadku**, rozumiane jako ostre zamknięte lub otwarte uszkodzenie tkanek miękkich, gdy występuje co najmniej 1 z następujących objawów: ból, wylew krwi, obrzęk, ograniczenie zakresu ruchów, zwiększone napięcie mięśni, osłabienie siły mięśniowej, powodujące upośledzenie sprawności czynnościowej
- 72. Wada wrodzona**
nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99)
- 73. Wariant**
zakres ochrony wybierany przez Ubezpieczającego spośród dostępnych w propozycji ubezpieczenia
- 74. Wariant indywidualnej kontynuacji**
zakres ochrony proponowany przez nas osobom występującym z zawartą z nami umowy grupowego ubezpieczenia na życie i wyrażającym wolę kontynuacji ubezpieczenia w ramach indywidualnego ubezpieczenia na życie lub Ubezpieczonym objętym ochroną w ramach **umowy** – po ukończeniu przez nich wieku, o którym mowa w § 71 ust. 1 lit f) tych o.w.u.
- 75. Wniosek o zawarcie umowy**
wniosek o zawarcie **umowy** sporządzony na udostępnionym przez nas formularzu
- 76. Wypadek**
gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- jest niezależne od woli i stanu zdrowia, osoby która doznała tego zdarzenia,
 - jest wywołane **przyczyną zewnętrzną**, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia wypadku,
 - nastąpiło w **okresie ochrony**,
 - było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
- Na potrzeby świadczeń dodatkowych uregulowanych w § 9 ust. 3, § 10 ust. 3, § 11 ust. 3, § 12 ust. 3, § 32 ust. 3, § 33 ust. 3, § 43 ust. 3 oraz § 44 ust. 3 tych o.w.u. przyjmujemy, że wypadek może mieć miejsce także przed **datą rozpoczęcia ochrony** w zakresie danego świadczenia dodatkowego.
- 77. Wypadek komunikacyjny**
zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji **wypadku**, mające miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu osoba uczestnicząca w nim uległa jako:

- kierujący pojazdem w rozumieniu prawa o ruchu drogowym, motorowerem, hulajnogą elektryczną, pojazdem szynowym, statkiem wodnym, lub pasażerskim statkiem powietrznym,
- pasażer,
- rowerzysta,
- pieszy

78. Zaawansowany nowotwór

rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w **okresie ochrony**. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w **okresie ochrony**, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadka po wygaśnięciu **okresu ochrony**

79. Zabieg operacyjny

leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie pobytu w **szpitalu**, według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia stanu chorobowego, określonego w dokumentacji medycznej

80. Zamieszki

demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej

81. Zaostrzenia choroby przewlekłej

nasilenie objawów chorobowych ze strony tego samego lub innego narządu lub układu, pozostające w bezpośrednim związku z **chorobą przewlekłą**, przebiegające w sposób ostry (burzliwy) i wymagające udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej

82. Zawał serca

martwica w obrębie mięśnia serca spowodowana jego niedokrwieniem

83. Zestaw teleopieki kardiologicznej

Aparat EKG wraz z ładowarką, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione Ubezpieczonemu w ramach teleopieki kardiologicznej

84. Zwichnięcie

zamknięte uszkodzenie stawu, w którym dochodzi do przemieszczenia względem siebie powierzchni stawowych z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstek, łąkotek), uszkodzeniem naczyń krwionośnych i naciągnięciem lub rozzerwaniem torebki stawowej

§ 81. SKRÓCONE NAZWY AKTÓW PRAWNYCH

W tych o.w.u. posługujemy się skrótowymi nazwami następujących aktów prawnych:

- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. KODEKS CYWILNY – używamy skrótu: kodeks cywilny,
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. KODEKS POSTĘPOWANIA CYWILNEGO – używamy skrótu: kodeks postępowania cywilnego,
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. O PODATKU DOCHODOWYM OD OSÓB FIZYCZNYCH – używamy skrótu: ustawa o PIT,
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. PRAWO O RUCHU DROGOWYM – używamy skrótu: prawo o ruchu drogowym,
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. O PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII – używamy skrótu: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ – używamy skrótu: ustawa o działalności leczniczej,
- Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. PRAWO POCZTOWE – używamy skrótu: ustawa prawo pocztowe,
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ – używamy skrótu: ustawa o działalności ubezpieczeniowej,
- Ustawa z dnia 30 maja 2014 r. O PRAWACH KONSUMENTA (Dz.U. z 2014 r. poz. 827 z późn. zm.) – używamy skrótu: ustawa o prawach konsumenta,
- Ustawa z dnia 23 września 2016 r. O POZASĄDOWYM ROZWIĄZYWANIU SPORÓW KONSUMENCKICH (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823) dalej: ustawa o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich,

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1) – używamy skrótu: RODO.

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie „Allianz Bezpieczne Życie” zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 89/2020 i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOŚLAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ KRAWIEC
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ

POWAŻNE ZACHOROWANIE	Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
<p>1. Amputacja kończyn z powodu choroby</p> <p>A. Przeprowadzenie operacji amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby:</p> <p>a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.</p>	-	✓	-	-
<p>2. Anemia aplastyczna po przeprowadzeniu leczenia</p> <p>A. Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia jedną z następujących metod:</p> <p>a) regularne transfuzje krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.</p>	✓	✓	✓	-
<p>3. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałym ubytkiem neurologicznym</p> <p>A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia szpitalnego i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon.</p>	-	✓	-	✓
<p>4. Bakteryjne zapalenie wsierdza</p> <p>A. Choroba przebiegająca z objawami infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), która wystąpiła u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, - wystąpienia choroby jako powikłania szpitalnego. 	-	✓	-	-
<p>5. Borelioza wymagająca leczenia szpitalnego</p> <p>A. Choroba rozpoznana jako borelioza (kod choroby A.69.2 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, pod warunkiem, że jej pierwsze rozpoznanie potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego miało miejsce w okresie ochrony.</p>	-	✓	-	-
<p>6. Całkowita, nieodwracalna utrata mowy</p> <p>A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy (przy czym upływ 12 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa lub neurologa.</p>	✓	✓	✓	✓
<p>7. Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu</p> <p>A. Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.</p>	✓	✓	✓	✓
<p>8. Całkowita, nieodwracalna utrata wzroku</p> <p>A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza okulistę.</p>	✓	✓	✓	✓
<p>9. Choroba Alzheimera z niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania</p> <p>A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być postawione przez lekarza neurologa lub psychiatrę.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej do nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.</p>	✓	✓	✓	-

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
10.	Choroba Parkinsona skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, lub niestabilności postawy i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).	✓	✓	✓	-
11.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie petnoobjawowej choroby powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	-
12.	Choroba Huntingtona (Pląsawica Huntingtona) A. Genetycznie uwarunkowana, postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego objawiająca się klinicznie zaburzeniami koordynacji ruchowej i napięcia mięśni, postępującymi zaburzeniami pamięci, osobowości, depresją, otępieniem. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	✓	✓	✓	-
13.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca operacji A. Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne występuwać mogą we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytnicy. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, wymagające operacji z powodu wystąpienia jednej z następujących przyczyn: niedrożności przewodu pokarmowego, masywnego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłączonej plastyki zwierżeń.	✓	✓	✓	-
14.	Choroba neuronu ruchowego A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (/PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).	-	✓	-	-
15.	Leczenie by-passem choroby tętnic obwodowych A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby naczyń obwodowych, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic obwodowych poprzez wytworzenie przepływu omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych.	-	✓	-	-
16.	Ciężki paraliż dwóch lub więcej kończyn A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza neurologa lub ocenione przez lekarza uprawnionego .	-	✓	-	✓
17.	Ciężki przypadek ziarniniaka Wegenera A. Martwicze zapalenie naczyń i średnich naczyń krwionośnych górnych i dolnych dróg oddechowych oraz nerek, wynikające z nieprawidłowej stymulacji układu odpornościowego, charakteryzujące się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał przeciwko cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (cANCA). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki ciężkich uogólnionych postaci choroby, w których dochodzi do: schyłkowej niewydolności nerek wymagającej dializ lub schyłkowej niewydolności oddechowej wymagającej przewlekłej tlenoterapii, t.j >15 h/ dobę, lub utraty wzroku, lub utraty słuchu.	-	✓	-	-
18.	Cukrzyca typu I insulinozależna A. Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliny w sposób ciągły przez okres co najmniej trzech miesięcy (przy czym upływ 3 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza diabetologa.	-	-	-	✓
19.	Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinślinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Z zakresu ochrony wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.	-	✓	-	-

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
20.	<p>Dur brzuszny skutkujący powikłaniami</p> <p>A. Ogólnoustrojowa choroba bakteryjna wywołana pałeczkami duru brzuszego (<i>Salmonella Typhi</i>), w przebiegu której występuje gorączka, bóle brzucha, znaczne wyczerpanie organizmu, rumieniowa wysypka plamisto-grudkowa a także powiększenie wątroby, śledziony i węzłów chłonnych. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powikłanych postaci choroby, w których dochodzi do przynajmniej jednego z wymienionych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – perforacji jelita, – niedrożności, – zapalenia otrzewnej, – zapalenia nerek, – zapalenia pęcherzyka żółciowego, – zapalenia opon mózgowych, mózgu lub mięśnia serca, – posocznicy, wymagających leczenia szpitalnego. 	-	✓	-	-
21.	<p>Dystrofia mięśniowa: Duchenne’a, Becker’a, obręczowo-kończynowa</p> <p>A. Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).</p>	-	✓	-	✓
22.	<p>Głęboka śpiączka</p> <p>A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, który rozpoczął się w okresie ochrony, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych. 	✓	✓	✓	✓
23.	<p>Głębokie oparzenia skóry w wyniku wypadku</p> <p>A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. <p>Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguta dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.</p>	✓	✓	✓	✓
24.	<p>Gorączka denga o ciężkim przebiegu</p> <p>A. Infekcyjna choroba tropikalna wywoływana przez wirus dengi, której objawy obejmują: gorączkę, bóle głowy, mięśni i stawów oraz charakterystyczną wysypkę, i która może prowadzić do groźnych krwotoków, hipowolemii i wstrząsu. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania mikrobiologicznego – izolacją wirusa z hodowli komórkowej, lub wykryciem kwasów nukleinowych wirusa metodą PCR, lub wykryciem antygenów wirusa, lub obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM. Ochroną objęta jest choroba wymagająca leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z wymienionych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynu z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia lub kardiomiopatia. 	-	✓	-	-
25.	<p>Gruźlica</p> <p>A. Wystąpienie choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony, musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.</p>	-	✓	-	-
26.	<p>Kardiomiopatia</p> <p>A. Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza kardiologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.</p>	-	✓	-	-

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
27.	<p>Łagodny guz mózgu wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny</p> <p>A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwiałków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia. 	✓	✓	✓	✓
28.	<p>Łagodny guz rdzenia wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny</p> <p>A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzrdzeniowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwiałków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa. 	✓	✓	✓	✓
29.	<p>Malaria o ciężkim przebiegu</p> <p>A. Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (Plasmodium) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na:</p> <ul style="list-style-type: none"> – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych Plasmodium spp. we krwi (m.in. techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP), – obecność antygeny Plasmodium spp. (test immunologiczny RDTs). <p>Zakres ochrony obejmuje przypadki wymagające leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu manifestującym się pod jedną z niżej wymienionych postaci: ostrej niewydolności nerek, kwasicy z objawami ciężkiej niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości lub śpiączki w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego lub mózgowej postaci malarii, obrzęku płuc, wstrząsu, hipoglikemii, ciężkiej niedokrwistości, skazy krwotocznej, żółtaczk, hyperparazytemii, niewydolności wielonarządowej.</p>	–	✓	–	–
30.	<p>Mukowiscydoza</p> <p>A. Choroba genetyczna charakteryzująca się produkcją nadmiernie lepkiego śluzu, co doprowadza do zaburzeń we wszystkich narządach posiadających gruczoły śluzowe, a w efekcie do przewlekłej choroby oskrzelowo-płucnej i niewydolności oddechowej, niewydolności enzymatycznej trzustki z zaburzeniami trawienia i wchłaniania.</p> <p>Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza na podstawie typowego obrazu klinicznego choroby i wyniku jednego z potwierdzających badań:</p> <ul style="list-style-type: none"> – mutacji w obu allelach genu CFTR (delta F 508), – dodatni wynik testu potowego (Cl- >60 mmol/l) w co najmniej dwóch badaniach, – duża wartość przezbłonowej różnicy potencjałów. 	–	✓	–	✓
31.	<p>Nabyta niedokrwistość hemolityczna</p> <p>A. Heterogenna grupa chorób cechujących się nieprawidłowym przedwczesnym rozpadem erytrocytów, przebiegających z objawami niedokrwistości i żółtaczk, a w trakcie intensywnej hemolizy z powiększeniem śledziony i wątroby.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje wystąpienie choroby wyłącznie w postaci nabytej, spowodowanej przez czynniki immunologiczne lub nieimmunologiczne, która wymaga leczenia szpitalnego z zastosowaniem leków immunosupresyjnych, przeciwciał monoklonalnych, przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, plazmaferezy lub usunięcia śledziony.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje reakcji hemolitycznej po przetoczeniu krwi.</p>	–	✓	–	–

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
32.	<p>Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) skutkujące trwałym kalectwem</p> <p>A. Ostra choroba zakaźna wywoływana przez wirusy polio, występująca w postaci porażennej (rdzeniowej lub opuszkowej) prowadząca do trwałego kalectwa, tj.:</p> <p>a) niezdolności do samodzielnej egzystencji – w odniesieniu do dziecka, które ukończyło 16 rok życia, lub</p> <p>b) upośledzenia wykonywania czynności życia codziennego w zakresie stosownym do wieku, w stopniu uniemożliwiającym codzienne funkcjonowanie i dalszy prawidłowy rozwój – w odniesieniu do dziecka, które nie ukończyło 16 roku życia.</p>	-	-	-	✓
33.	<p>Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami</p> <p>A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów „in situ”, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM).</p>	-	-	-	✓
34.	<p>Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym</p> <p>A. Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenoszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego, oraz wymagająca leczenia szpitalnego.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.</p>	-	✓	-	✓
35.	<p>Operacja usunięcia błobłowca mózgu</p> <p>A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako błobłowiec mózgu (z obecnością larw typu echinococcus).</p>	-	✓	-	-
36.	<p>Operacja usunięcia ropnia mózgu</p> <p>A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu.</p>	-	✓	-	-
37.	<p>Operacja wymiany zastawki na otwartym sercu</p> <p>A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegającej na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie operację wszczepiania sztucznych zastawek serca.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zabiegów naprawczych zastawek, - zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki). 	✓	✓	-	-
38.	<p>Ostra niewydolność wątroby</p> <p>A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, które rozpoczęły się w okresie ochrony, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Zakres ochrony obejmuje przypadki spełniające łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby,</p> <p>b) niewydolność wątroby trwająca przed zdiagnozowaniem ostrej niewydolności nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby,</p> <p>c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 6 miesięcy od początku objawów choroby,</p> <p>d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR\geq1,5.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.</p>	-	✓	-	-
39.	<p>Ostry zawał serca</p> <p>A. Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego:</p> <p>a) objawy kliniczne niedokrwienia serca,</p> <p>b) nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie,</p> <p>c) pojawienie się patologicznych ząbasków Q w elektrokardiogramie,</p> <p>d) nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych,</p> <p>e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekami, - przypadków, w których brak wskazania do pilnego leczenia szpitalnego. 	✓	✓	-	-

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
40.	Otwarta operacja aorty brzusznej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku brzuszny, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania jamy brzusznej.	✓	✓	–	–
41.	Otwarta operacja aorty piersiowej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku piersiowym, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania klatki piersiowej.	✓	✓	–	–
42.	Pierwotne nadciśnienie płucne A. Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.	–	✓	–	–
43.	Pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagającej otwarcia klatki piersiowej, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	✓	✓	–	–
44.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu A. Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie posocznicę o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagającą leczenia szpitalnego.	–	✓	–	✓
45.	Postępujące porażenie nadjądrowe skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glejozą (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy lub trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	–	✓	–	–
46.	Powiktana postać schistosomatozy (bilharczoza) A. Przewlekła choroba pasożytnicza, wywoływana przez przywry krwi z rodzaju Schistosoma. Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powiktanych postaci choroby, w których dochodzi do włośnienia płuc i rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażań, które wymagają leczenia szpitalnego.	–	✓	–	–
47.	Przeszczep serca, wątroby, trzustki, płuca, szpiku kostnego A. Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biocyj jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedyne pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca lub szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na liście osób oczekujących na przeszczep, prowadzonej w państwie, w którym Ubezpieczony oczekuje na przeszczep (przez uprawniony do tego organ, na podstawie obowiązujących przepisów prawa), powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.	✓	✓	✓	✓
48.	Przeszczep tętnicy płucnej na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.	–	✓	–	–

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
49.	<p>Przewłękła niewydolność oddechowa</p> <p>A. Potwierdzona przez lekarza pulmonologa przewłękła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków:</p> <p>a) konieczność przewłekłej tlenoterapii, tj. >15 h/ dobę przez minimum 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony),</p> <p>b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową.</p> <p>Zakres ochrony obejmuje przewłękłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - astmy, - mukowiscydozy, - przewłekłej niewydolności serca, - przewłekłej zatorowości płucnej, - wad serca i dużych naczyń, - chorób układu nerwowego, - nowotworów, - zmian anatomicznych i pourazowych, - zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny. 	-	✓	-	-
50.	<p>Przewłękła niewydolność nerek</p> <p>A. Przewłękła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony, spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.</p>	✓	✓	✓	✓
51.	<p>Przewłękłe wirusowe zapalenie wątroby typu B</p> <p>A. Przewłękłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW typu B), które rozpoczęło się w okresie ochrony i zostało wywołane zakażeniem wirusem HBV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, - obecność AgHBs (+) przez okres ponad 6 miesięcy, - obecność DNA HBV w surowicy >2 000 IU/ml, - wynik biopsji wątroby potwierdzający obecność przewłekłych zmian martwiczo-zapalnych lub ich potwierdzenie wynikiem badania elastograficznego lub serologicznych markerów włóknienia. 	-	✓	-	-
52.	<p>Przewłękłe wirusowe zapalenie wątroby typu C</p> <p>A. Przewłękłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C), które rozpoczęło się w okresie ochrony, wywołane zakażeniem wirusem HCV, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> - utrzymywanie się na podwyższonym poziomie wartości ALAT i ASPAT stale lub okresowo przez okres ponad 6 miesięcy, - stwierdzenie obecności HCV RNA (+) przez okres ponad 6 miesięcy, - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczki, powiększenia wątroby, wodobrzusza. 	-	✓	-	-
53.	<p>Schytkowa niewydolność wątroby</p> <p>A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewłekłej niewydolności mięszu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek.</p> <p>Objawy, których łącznie występowanie jest konieczne do uznania rozszczenia:</p> <p>a) utrwalona żółtaczka,</p> <p>b) wodobrzusze,</p> <p>c) encefalopatia wątrobowa.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.</p>	✓	✓	✓	✓
54.	<p>Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym</p> <p>A. Przewłękła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszianych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym, której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badania metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.</p>	✓	✓	✓	✓
55.	<p>Tężec o ciężkim przebiegu</p> <p>A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia szpitalnego.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.</p>	-	✓	-	✓

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
56.	<p>Toczeń rumieniowaty układu o ciężkim przebiegu</p> <p>A. Choroba autoimmunologiczna, doprowadzająca do procesu zapalnego i w konsekwencji do uszkodzenia wielu tkanek i narządów, najczęściej obejmującego skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy, przebiegająca postępująco, z okresami zaostrzeń i remisji, a w rozumieniu tej definicji doprowadzająca do utrwalonej niewydolności nerek lub skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa i potwierdzone zmianami w nerkach skutkującymi utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwiomocz) i statym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowaniem trwałego ubytku neurologicznego.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub trwałego ubytku neurologicznego. 	-	✓	-	-
57.	<p>Twardzina układowa (sklerodermia) o ciężkim przebiegu</p> <p>A. Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skóry (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub dermatologa i potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – twardziny układowej ograniczonej, miejscowej (akrosklerodermia, morphea), w tym zespołu CREST, – zespołów twardzinopodobnych w przebiegu chorób metabolicznych, eozynofilowego zapalenia powięzi, obrzęku stwardniałego, keloidu. 	✓	✓	✓	-
58.	<p>Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym</p> <p>A. Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynacynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego trwałego ubytku neurologicznego w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem. 	✓	✓	-	-
59.	<p>Wrzodzące zapalenie jelita grubego wymagające całkowitej kolektomii</p> <p>A. Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita prowadzące do zniszczenia jego błony śluzowej, występujące w obrębie jelita grubego, przebiegające w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami remisji. Rozpoznanie powinno zostać postawione na podstawie wyników badań endoskopowych i potwierdzone przez patomorfologa oceną mikroskopową wycinka pobranego z zajętego procesem zapalnym jelita. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii).</p>	-	✓	-	-
60.	<p>Wścieklizna o ciężkim przebiegu</p> <p>A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i wymagająca leczenia szpitalnego. Warunkiem uznania rozszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.</p>	✓	✓	✓	✓
61.	<p>Zaawansowany nowotwór</p> <p>A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony.</p> <p>B. Zakres ochrony nie obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – środnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1, 2, 3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowego mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowy) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6), – nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV. 	✓	✓	-	-

POWAŻNE ZACHOROWANIE		Zakres optymalny	Zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie rodzica	Poważne zachorowanie dziecka
62.	Zapalenie mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia szpitalnego, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego . B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.	-	✓	-	✓
63.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.	✓	✓	✓	✓
64.	Zabieg usunięcia zakażonej martwicy trzustki A. Przeprowadzenie operacji otwarcia jamy brzusznej (laparotomii) i usunięcia martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Rozpoznanie choroby i dokonanie operacji w okresie ochrony powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków nieskutkujących usunięciem martwiczych tkanek (laparotomia zwiadowcza).	-	✓	-	-
65.	Zatorowość płucna wymagająca leczenia szpitalnego A. Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniami przepływu krwi do miąższu płuca, wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i opisanych w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.	-	✓	-	-
66.	Zespół apalityczny (stan wegetatywny) A. Uogólniona trwałe i nieodwracalna martwica kory mózgowej przy zachowanej funkcji pnia mózgu, utrzymująca się przez co najmniej jeden miesiąc (przy czym upływ 1 miesiąca nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa w oparciu o dokumentację medyczną.	-	✓	-	-
67.	Zespół Devica A. Choroba o charakterze demielinizacyjnym i martwiczym z klinicznie i radiologicznie potwierdzonym w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego zapaleniem nerwu II i poprzecznym zapaleniem rdzenia kręgowego. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.	-	✓	-	-
68.	Zgorzeł gazowa wymagająca leczenia szpitalnego A. Wystąpienie ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie – laseczki zgorzeli gazowej, wymagającego leczenia szpitalnego.	-	✓	-	-

LECZENIE UBEZPIECZONEGO W ZAKRESIE CHIRURGII JEDNEGO DNIA

1. Operacje przepuklin:

- operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej
- operacja przepukliny pachwinowej obustronnej
- operacja przepukliny mosznowej jednostronnej
- operacja przepukliny mosznowej obustronnej
- operacja przepukliny z zastosowaniem siatki polipropylenowej
- operacja przepukliny pępkowej
- operacja przepukliny w kresie białej
- operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej
- operacje innych przepuklin przedniej ściany brzucha
- operacje przepukliny udowej

2. Operacje torbieli:

- usunięcie torbieli najądrza
- usunięcie torbieli włośnowatej okolicy krzyżowej
- usunięcie torbieli wątroby
- usunięcie torbieli nerki
- usuwanie torbieli i brodawczaków w zakresie gardła i jamy ustnej

3. Operacje żyłaków kończyn dolnych:

- operacja żyłaków kończyn dolnych metodą endoskopową
- operacja żyłaków kończyn dolnych metodą klasyczną – chirurgiczne wycięcie, stripping

4. Operacje wyrostka robaczkowego i pęcherza żółciowego:

- wycięcie wyrostka robaczkowego metodą klasyczną
- wycięcie wyrostka robaczkowego metodą laparoskopową
- wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną
- wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową (cholecystectomy)

5. Operacje odbytnicy i okolic odbytu:

- operacja żyłaków odbytu metodą klasyczną (sposobem Milligan-Morgan)
- operacja żyłaków odbytu metodą LONGO
- operacja szczeliny odbytu
- operacja przetoki odbytu

6. Operacje jąder, najądrza, powrózka nasiennego i pęcherza moczowego:

- operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego
- wycięcie jądra lub najądrza
- operacja stulejki
- laparoskopowa operacja żyłaków powrózka nasiennego
- klasyczna operacja żyłaków powrózka nasiennego
- rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej

7. Operacje stawów:

- artroskopia stawu kolanowego
- chirurgiczne otwarcie stawu kolanowego
- rekonstrukcja więzadeł pobocznych lub krzyżowych stawu kolanowego
- artroskopowe wycięcie błony maziowej
- artroskopowy szew łąkotki
- operacja stawu obojczykowo-barkowego
- artroskopia stawu barkowego
- otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
- artroskopowe operacyjne nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego
- artroskopia stawu skokowego

8. Operacje otolaryngologiczne:

- chirurgiczna operacja zatoki szczękowej
- endoskopowa operacja zatoki szczękowej
- polipektomia nosa
- septoplastyka nosa
- usunięcie migdałka gardłowego (adenectomy)
- usunięcie migdałków podniebiennych (tonsillectomy)
- przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomy)
- usunięcie migdałka gardłowego i przycięcie migdałków podniebiennych (adenotonsillotomy)
- usunięcie ślinianki podżuchwowej
- usunięcie ślinianki przyusznej

9. Operacje z zakresu chirurgii ręki:

- odroczone szycie ścięgna ręki
- uwolnienie kanału nadgarstka
- wycięcie ganglionu nadgarstka
- uwolnienie przykurczu Dupuytren'a
- uwolnienie i transpozycja nerwu łokciowego

10. Operacje z zakresu ginekologii:

- operacyjne usunięcie przydatków
- laparoskopowe usunięcie przydatków
- konizacja szyjki macicy
- nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją
- wytuszczenie gruczołu Bartholina
- usuwanie polipów narządu rodowego
- chirurgiczne usunięcie kłykciny narządu rodowego
- histeroskopowe usunięcie polipa
- wytuszczenie mięśniaków macicy metodą laparoskopową
- wytuszczenie mięśniaków macicy metodą klasyczną
- histeroskopowe usunięcia mięśniaka
- operacyjne i laparoskopowe usunięcie jajnika
- laparoskopowe usunięcie torbieli jajnika
- wytyżeczowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy

11. Operacje z zakresu okulistyki:

- operacja gradówki
- operacja kępek żółtych
- wycięcie cysty spojówki
- operacje brodawek powiek
- operacja usunięcia zaćmy

12. Inne operacje:

- usunięcie materiału zespalającego z kości
- wycięcie ganglionu dołu podkolanowego
- wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej

ZABIEGI OPERACYJNE UBEZPIECZONEGO

ZABIEGI OPERACYJNE	KATEGORIA
I. ZABIEGI OPERACYJNE NA UKŁADZIE NERWOWYM	
1. Zabieg wycięcia tkanek mózgu lub pnia mózgu	D
2. Inne zabiegi operacyjne na czaszce, mózgu i oponach mózgowych	C
3. Zabiegi operacyjne na rdzeniu kręgowym i strukturach kanału kręgowego	B
4. Zabiegi operacyjne na nerwach czaszkowych i obwodowych	B
5. Zabiegi operacyjne na nerwach sympatycznych lub zwojach nerwowych	B
II. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	
1. Zabiegi operacyjne tarczycy i przytarczyc	B
2. Zabiegi operacyjne w zakresie innych gruczołów dokrewnych	C
III. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE OKA	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie powiek, z wyjątkiem zabiegów rekonstrukcyjnych wymienionych w ppkt. 2 i 11	A
2. Zabieg operacyjny rekonstrukcji powiek	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu łzowego	A
4. Zabiegi operacyjne w zakresie spojówki	A
5. Zabiegi operacyjne w zakresie rogówki	A
6. Zabiegi operacyjne w zakresie tęczówki, ciała rzęskowego, twardówki i komory przedniej oka	B
7. Zabiegi operacyjne w zakresie soczewki	B
8. Zabiegi operacyjne w zakresie siatkówki, naczyńówki, ciała szklistego i tylnej komory oka	B
9. Zabiegi operacyjne w zakresie mięśni okoruchowych	A
10. Zabiegi operacyjne w zakresie gałek ocznych	B
11. Zabieg operacyjny rekonstrukcji oczodołu i aparatu ochronnego oka z wyjątkiem zabiegu operacyjnego rekonstrukcji powiek	D
IV. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UCHA	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha zewnętrznego	A
2. Zabiegi rekonstrukcyjne i inne zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	C
V. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE NOSA, JAMY USTNEJ, GARDŁA I TWARZOCZASZKI	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie nosa, jamy ustnej i gardła, z wyjątkiem zabiegów wymienionych w ppkt. 4 i 5	A
2. Zabiegi operacyjne w zakresie zatok obocznych nosa, z wyjątkiem punkcji	B
3. Zabiegi operacyjne w zakresie ślinianek i przewodów ślinowych	B
4. Zabiegi rekonstrukcyjne w obrębie twarzoczaszki (w tym z elementami neurochirurgii podstawy czaszki), w zakresie nosa (tylko pełne odtworzenie), szczęki, żuchwy	D
5. Zabiegi rekonstrukcyjne języka i podniebienia twardego	C
VI. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU ODDECHOWEGO	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu oddechowego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych w zakresie krtani i tchawicy	C
2. Zabiegi operacyjne w zakresie krtani i tchawicy, z wykluczeniem tracheotomii	B
3. Zabieg operacyjny odmy opłucnej, stałej tracheotomii	A
4. Zabieg operacyjny przeszczepu płuc	D
VII. ZABIEGI OPERACYJNE NA UKŁADZIE SERCOWO-NACZYNIOWYM	
1. Zabiegi operacyjne na układzie sercowo-naczyniowym, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 2-4	C
2. Zabiegi operacyjne podwiązania i wycięcia żyłaków	A
3. Zabiegowe leczenie tętniaków pourazowych, naczyńiaków, przetok tętniczo-żylnych	B
4. Zabieg operacyjny przeszczepu serca	D
VIII. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I LIMFATYCZNEGO	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego, z wykluczeniem biopsji szpiku	A
2. Zabiegi operacyjne rekonstrukcyjne układu limfatycznego	B

ZABIEGI OPERACYJNE	KATEGORIA
IX. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU TRAWIENNEGO	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu trawiennego, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 2- 5	B
2. Zabiegi operacyjne na wyrostku robaczkowym	A
3. Zabiegi operacyjne odbytu	A
4. Zabiegi operacyjne naprawcze przepuklin	A
5. Zabiegi operacyjne przeszczepu trzustki, wątroby, jelita	D
X. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU MOCZOWEGO	
1. Zabiegi operacyjne nerki, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego wymienionego w ppkt. 2	B
2. Zabieg operacyjny przeszczepu nerki	D
3. Zabiegi operacyjne moczowodu	B
4. Zabiegi operacyjne cewki moczowej z wyłączeniem zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	B
5. Zabiegi operacyjne stulejki i zwężenia ujścia zewnętrznego cewki moczowej	A
6. Zabiegi operacyjne odtwórcze pęcherza moczowego	C
7. Inne zabiegi operacyjne w obrębie układu moczowego	A
XI. ZABIEGI OPERACYJNE I OPERACJE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH	
1. Zabiegi operacyjne i operacje męskich narządów płciowych	A
2. Zabiegi operacyjne spodziectwa	B
XII. ZABIEGI OPERACYJNE I OPERACJE GINEKOLOGICZNE	
1. Zabiegi operacyjne żeńskich narządów płciowych	A
2. Zabiegi operacyjne dotyczące macicy z naruszeniem ciągłości pełnej grubości ściany trzonu macicy	B
3. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy	B
4. Zabieg operacyjny całkowitego wycięcia macicy z przydatkami	C
XIII. ZABIEGI POŁOŻNICZE	
1. Zabiegi położnicze, z wyjątkiem zabiegu operacyjnego cięcia cesarskiego	A
2. Rozwiązanie ciąży mnogiej przez cięcie cesarskie	A
XIV. ZABIEGI OPERACYJNE W ZAKRESIE UKŁADU KOSTNO-STAWOWEGO I ZABIEGI OPERACYJNE NA WIĘZADŁACH	
1. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego (w tym zabiegi w zakresie kręgosłupa i krążka międzykręgowego) i zabiegi na więzadłach, z wyjątkiem zabiegów operacyjnych wymienionych w ppkt. 3, 4 i 6	B
2. Zabiegi operacyjne wyłącznie na tkankach miękkich poza więzadłami	A
3. Zabiegi operacyjne w zakresie układu kostno-stawowego i więzadeł dłoni i stóp	A
4. Przeszkórna laserowa dekompresja krążka międzykręgowego	A
5. Zabiegi operacyjne kończyn wymagające łącznie przeszczepu mięśni, ścięgien, mikrochirurgii naczyń i nerwów	D
6. Zabiegi operacyjne replantacji w obrębie kończyn z wyjątkiem palców (zastosowanie mikrochirurgii)	D
XV. ZABIEGI OPERACYJNE NA POWŁOKACH CIAŁA	
1. Zabiegi operacyjne na powłokach ciała, z wyłączeniem zabiegów w zakresie skóry i tkanki podskórnej	A
2. Mastektomia	B

WYSTĄPIENIE U UBEZPIECZONEGO POWIKŁAŃ POOPERACYJNYCH

RODZAJ PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	POWIKŁANIE POOPERACYJNE BĘDĄCE NASTĘPSTWEM PRZEPROWADZANEGO ZABIEGU OPERACYJNEGO	KATEGORIA POWIKŁANIA
Operacja usunięcia przepukliny brzusznej – zabieg operacyjny przeprowadzany metodą klasyczną lub laparoskopową, mający na celu usunięcie istniejącego worka przepukliny	<ul style="list-style-type: none"> • usunięcie jądra • przecięcie tętnicy jądrowej • uszkodzenie tętnicy udowej • obrzęk niedokrwienny kończyny • pełnościennie uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego • pełnościennie uszkodzenie pęcherza moczowego 	A A A A A A
Usunięcie tarczycy – zabieg operacyjny polegający na całkowitym lub częściowym usunięciu gruczołu	<ul style="list-style-type: none"> • porażenie jednej lub obu strun głosowych powodujące trwającą powyżej trzech miesięcy dysfunkcję narządu głosu 	B
Usunięcie żyłaków kończyn dolnych – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył powierzchownych kończyn dolnych	<ul style="list-style-type: none"> • utrzymujące się powyżej trzech miesięcy uszkodzenie tętnicy udowej z upośledzeniem ukrwienia kończyny • utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu strzałkowego 	B B
Usunięcie żyłaków odbytu – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył okolicy odbytu	<ul style="list-style-type: none"> • nietrzymanie stolca 	B
Zabiegi operacyjne przeprowadzane na jelicie grubym	<ul style="list-style-type: none"> • pełnościennie uszkodzenie moczowodu • pełnościennie uszkodzenie pęcherza moczowego • całkowite rozejście się rany pooperacyjnej z wypadnięciem trzewi • rozejście się zespolenia jelitowego • wyłonienie sztucznego odbytu • pełnościennie uszkodzenie ściany dwunastnicy 	A A B B B A
Zabiegi operacyjne przeprowadzone w zakresie jamy brzusznej	<ul style="list-style-type: none"> • jatrogenne usunięcie śledziony • uszkodzenie dróg żółciowych z założeniem drenażu 	A A
Usunięcie tętniaka tętnicy głównej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu nieprawidłowo zmienionego odcinka ściany tętnicy	<ul style="list-style-type: none"> • martwica jelita z założeniem sztucznego odbytu • niedokrwiennie uszkodzenie rdzenia kręgowego wraz z wystąpieniem utrzymujących się powyżej trzech miesięcy niedowładem lub porażeniem kończyny dolnej 	B B
Operacyjne leczenie kamicy układu moczowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym usunięciu złoju z nerki lub dróg moczowych	<ul style="list-style-type: none"> • uszkodzenie tętnicy nerkowej • uszkodzenie moczowodu z przetoką moczową 	B B
Operacyjne usunięcie gruczolaka stercza – zabieg operacyjny polegający na usunięciu gruczolaka stercza poprzez powłoki brzuszne	<ul style="list-style-type: none"> • nietrzymanie moczu (nie dotyczy następstw radykalnego usunięcia stercza), utrzymujące się powyżej trzech miesięcy 	A
Elektroresekcja gruczolaka stercza – endoskopowy zabieg operacyjny , polegający na chirurgicznym usunięciu części gruczołu przy użyciu energii elektrycznej	<ul style="list-style-type: none"> • pełnościennie uszkodzenie pęcherza moczowego 	A
Usunięcie macicy, usunięcie przydatków, usunięcie mięśniaków macicy – zabieg operacyjny polegający na usunięciu macicy, przydatków lub mięśniakowato zmienionych fragmentów mięśniówki macicy przeprowadzony przez powłoki brzuszne lub metodą laparoskopową	<ul style="list-style-type: none"> • pełnościennie uszkodzenie ściany pęcherza moczowego • pełnościennie uszkodzenie ściany moczowodu • powstanie przetoki moczowodowo-pochwowej • powstanie przetoki pęcherzowo-macicznej • przebicie jamy macicy z koniecznością operacyjnego otwarcia jamy brzusznej 	A A B B B
Cięcie cesarskie – zabieg operacyjny polegający na zabiegowym zakończeniu porodu poprzez nacięcie powłok brzusznych i macicy oraz ręcznym wydobywaniu płodu	<ul style="list-style-type: none"> • przetoka pęcherzowo-maciczna 	B
Operacje ortopedyczne – zabiegi operacyjne przeprowadzone na tkance kostnej	<ul style="list-style-type: none"> • utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia jednego ze wskazanych nerwów: nerwu strzałkowego, kulszowego bądź promieniowego • zator tłuszczowy powodujący ostry zespół niewydolności płucnej 	B B
Operacje torakochirurgiczne – zabiegi operacyjne przebiegające z otwarciem jamy opłucnej	<ul style="list-style-type: none"> • utrzymujące się powyżej trzech miesięcy objawy uszkodzenia nerwu przeponowego 	B
Kardiochirurgiczne zabiegi operacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • tamponada serca • rozejście się mostka • blok całkowity wymagający implantacji układu symulującego serca na stałe • wyprucie się implantowanej sztucznej zastawki 	B B B B
Operacje okulistyczne – zabiegi operacyjne przeprowadzane wewnątrz gałki ocznej	<ul style="list-style-type: none"> • krwotok wypierający w trakcie zabiegu operacyjnego na gałce ocznej, skutkujący trwałą utratą widzenia w tym oku • zaćma wtórna jako powikłanie operacji wewnątrzgałkowych 	B A

TABELA STANÓW CHOROBOWYCH, UPRAWNIAJĄCYCH UBEZPIECZONEGO DO SKORZYSTANIA Z TELEOPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10	NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10	NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I06.1	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	I13.2	Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia	I31.0
Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek	I06.2	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	I13.9	Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia	I31.1
Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej	I06.8	Dusznicza niestabilna	I20.0	Krwiak osierdzia niesklasyfikowany gdzie indziej	I31.2
Zwężenie zastawki trójdzielnej	I07.0	Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	I20.1	Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)	I31.3
Niedomykalność zastawki trójdzielnej	I07.1	Inne postacie duszniczy bolesnej	I20.8	Inne określone choroby osierdzia	I31.8
Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I07.2	Dusznicza bolesna, nieokreślona	I20.9	Choroba osierdzia, nieokreślona	I31.9
Inne wady zastawki trójdzielnej	I07.8	Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	I25.0	Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.0
Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej	I08.0	Choroba serca w przebiegu miażdżycy	I25.1	Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.1
Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej	I08.1	Stary (przebyty) zawał serca	I25.2	Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I32.8
Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej	I08.2	Tętniak serca	I25.3	Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdzia	I33.0
Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej	I08.3	Tętniak naczyń wieńcowych	I25.4	Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone	I33.9
Inne wady skojarzone wielu zastawek	I08.8	Kardiomiopatia niedokrwienna	I25.5	Niedomykalność zastawki dwudzielnej	I34.0
Reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I09.0	„Ciche” (nieme) niedokrwienie serca	I25.6	Wypadanie płatka(-ów) zastawki dwudzielnej	I34.1
Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia	I09.2	Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	I25.8	Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej	I34.2
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10	Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona	I25.9	Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	I34.8
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	I11.0	Zator płuczny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym	I26.0	Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone	I34.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	I11.9	Zator płuczny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym	I26.9	Zwężenie zastawki tętnicy głównej	I35.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	I12	Pierwotne nadciśnienie płucne	I27.0	Niedomykalność zastawki tętnicy głównej	I35.1
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	I12.0	Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	I27.1	Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością	I35.2
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	I12.9	Inne określone zespoły sercowo-płucne	I27.8	Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej	I35.8
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	I13	Zespół sercowo-płuczny, nieokreślony	I27.8	Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone	I35.9
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	I13.0	Przetoka tętniczko-żylna naczyń płucnych	I28.0	Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej	I36.0
Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	I13.1	Tętniak tętnicy płucnej	I28.1	Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej	I36.1
		Inne określone choroby naczyń płucnych	I28.8	Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością	I36.2
		Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	I28.9		
		Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdzia	I30.0		
		Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone	I30.9		

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	I36.8
Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone	I36.9
Zwężenie zastawki pnia płucnego	I37.0
Niedomykalność zastawki pnia płucnego	I37.1
Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością	I37.2
Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego	I37.8
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone	I37.9
Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone	I38
Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.0
Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.1
Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.2
Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.3
Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.4
Zapalenie wsierdza, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I39.8
Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	I40.0
Izolowane zapalenie mięśnia sercowego	I40.1
Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego	I40.8
Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone	I40.9
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.0
Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.1
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.2
Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I41.8
Kardiomiopatia rozstrzeniowa	I42.0
Przerostowa kardiomiopatia zawężająca	I42.1
Inne kardiomiopatie przerostowe	I42.2

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Choroba wsierdza (eozynofilowa)	I42.3
Zwódnienie sprężyste wsierdza (fibroelastoza wsierdza)	I42.4
Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	I42.5
Kardiomiopatia alkoholowa	I42.6
Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne	I42.7
Inne kardiomiopatie	I42.8
Kardiomiopatia, nieokreślona	I42.9
Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.0
Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych	I43.1
Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych	I43.2
Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	I43.8
Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	I44.0
Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	I44.1
Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	I44.2
Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	I44.3
Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	I44.4
Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	I44.5
Inny i nieokreślony blok gałęzi	I44.6
Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	I44.7
Blok prawej odnogi	I45.0
Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	I45.1
Blok dwugąździowy	I45.2
Blok trójgaździowy	I45.3
Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy	I45.4
Inny określony blok serca	I45.5
Zespół preekscytacji	I45.6
Inne określone zaburzenia przewodnictwa	I45.8
Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone	I45.9
Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją	I46.0
Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)	I47.0
Częstoskurcz nadkomorowy	I47.1

NAZWA CHOROBY	KOD ICD 10
Częstoskurcz komorowy	I47.2
Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	I47.9
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48
Migotanie i trzepotanie komór	I49.0
Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa	I49.1
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łączą przedsionkowo-komorowego	I49.2
Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór	I49.3
Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	I49.4
Zespół chorej zatoki	I49.5
Inne określone zaburzenia rytmu serca	I49.8
Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone	I49.9
Niewydolność serca zastoinowa	I50.0
Niewydolność serca lewokomorowa	I50.1
Niewydolność serca, nieokreślona	I50.9
Ubytek przegrody serca, nabyty	I51.0
Pęknięcie struny ścięgna niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.1
Pęknięcie mięśnia brodawkowego niesklasyfikowane gdzie indziej	I51.2
Zakrzep (skrzeplina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej	I51.3
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	I51.4
Zwyrodnienie mięśnia serca	I51.5
Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	I51.6
Powiększenie serca	I51.7
Ostre reumatyczne zapalenie wsierdza	I01.1
Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca	I01.2
Inne ostre choroby reumatyczne serca	I01.8

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

Uwagi:

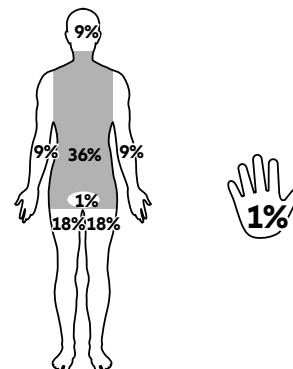
OCENA POWIERZCHNI OPARZENIA:

a) Reguła dziewiątek Wallace'a:

- powierzchnia głowy, każdej z kończyn górnych – 9% powierzchni ciała
- powierzchnia przednia tułowia – 18% powierzchni ciała (9% powierzchnia brzucha oraz 9% powierzchnia klatki piersiowej)
- powierzchnia tylna tułowia – 18% powierzchni ciała
- powierzchnia każdej kończyny dolnej – 18% powierzchni ciała.

b) Reguła dłoni

- Według niej powierzchnia dłoni osoby oparzonej odpowiada 1% łącznej powierzchni jej ciała (reguła ta nie odnosi się do dzieci).



dorosły (przód i tył)

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
CZĘŚĆ I		
A	OPARZENIA	
A1	oparzenia skóry ciała	
A1.01	oparzenia I stopnia ponad 60% powierzchni ciała	5%
A1.02	oparzenia dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10%
A1.03	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm x 2 cm	3%
A1.04	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm x 2 cm do 4 cm x 4 cm	5%
A1.05	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm x 4 cm	8%
A1.06	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko jeden palec	1%
A1.07	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko dwa palce	2%
A1.08	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – trzech lub więcej palców	3%
A1.09	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm x 2 cm	1%
A1.10	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm x 2 cm do 4 cm x 4 cm	2%
A1.11	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm x 4 cm	3%
A1.12	oparzenia krocza – niezależnie od wielkości oparzeń	3%
A1.13	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia poniżej 1% powierzchni ciała	1%
A1.14	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 1–4% powierzchni ciała	2%
A1.15	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 5–14% powierzchni ciała	6%
A1.16	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia 15–30% powierzchni ciała	10%
A1.17	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłońmi i kroczem) – oparzenia powyżej 30% powierzchni ciała	15%
B	ODMROŻENIA	
B1	odmrożenia II i III stopnia	
B1.01	odmrożenie tylko 1 palca dłoni lub stopy	1%
B1.02	odmrożenia licznych palców dłoni lub stopy (niezależnie od liczby odmrożonych licznych palców)	4%
B1.03	odmrożenia nosa lub ucha/uszu	3%
C	USZKODZENIA GŁOWY	
C1	ran y powłok czaszki (z wyjątkiem oparzeń) UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok czaszki wymienionych w pkt C1.01-C1.03 nie może przekroczyć 5%	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
C1.01	rana skóry głowy – do 4 cm długości	1%
C1.02	rana skóry głowy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
C1.03	liczne rany skóry głowy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	5%
C1.04	utrata skóry owłosionej (oskalpowanie) – jeżeli ponad 75% powierzchni	25%
C2	złamanie kości sklepienia i podstawy czaszki	
C2.01	złamanie jednej kości podstawy czaszki	5%
C2.02	złamanie dwóch lub więcej kości podstawy czaszki	10%
C2.03	złamanie jednej kości sklepienia czaszki	3%
C2.04	złamanie dwóch kości sklepienia czaszki	6%
C2.05	złamanie trzech lub więcej kości sklepienia czaszki	9%
C2.06	ubytek pełnej grubości kości każdego rozmiaru (dodatkowo)	10%
C3	złamanie kości twarzoczaszki (oczodołu, szczęki, kości jarzmowej)	
C3.01	złamanie jednej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	3%
C3.02	złamanie dwóch kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	6%
C3.03	złamanie trzech lub więcej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	9%
C3.04	złamanie jednej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	5%
C3.05	złamanie dwóch kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	10%
C3.06	złamanie trzech lub więcej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	15%
C4	uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
C4.01	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – do 5 dni pobytu w szpitalu	2%
C4.02	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – powyżej 5 dni pobytu w szpitalu	5%
C4.03	krwiak śródczaszkowy, potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
C4.04	krwiak śródczaszkowy leczone operacyjnie	20%
C5	uszkodzenia twarzy (z wyjątkiem oparzeń) UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok twarzy nie może przekroczyć 12%	
C5.01	jedna rana powłok twarzy – do 4 cm długości	2%
C5.02	jedna rana powłok twarzy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	6%
C5.03	liczne rany powłok twarzy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	12%
C6	uszkodzenia nosa	
C6.01	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone tylko zachowawczo	3%
C6.02	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone operacyjnie	5%
C6.03	utrata części nosa	7%
C6.04	utrata nosa w całości (z kośćmi nosa)	25%
C7	utrata zębów	
C7.01	utrata częściowa korony zęba (za każdy ząb)	0,5%
C7.02	utrata całkowita korony zęba (za każdy ząb)	1%
C7.03	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – siekacze, kły	2%
C7.04	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – pozostałe zęby	1%
C8	uszkodzenia żuchwy	
C8.01	złamanie żuchwy leczone tylko zachowawczo	3%
C8.02	złamanie żuchwy leczone operacyjnie	5%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
C8.03	utrata częściowa żuchwy	15%
C8.04	utrata całkowita żuchwy	40%
C9	uszkodzenia języka	
C9.01	rana języka	1%
C9.02	częściowa utrata języka	3%
C9.03	utrata języka w całości	40%
D	USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
D1	utrata wzroku	
D1.01	całkowita pourazowa utrata wzroku w jednym oku	30%
D1.02	całkowita pourazowa utrata wzroku w obu oczach	100%
D1.03	utrata gałki ocznej	40%
D1.04	utrata dwóch gałek ocznych	100%
D2	uszkodzenia gałki ocznej	
D2.01	uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	5%
D2.02	uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	10%
D2.03	uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	15%
D2.04	uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	25%
D3	odwarstwienie siatkówki	
D3.01	odwarstwienie siatkówki jednego oka bez obniżenia ostrości wzroku	2%
D3.02	odwarstwienie siatkówki jednego oka z obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	5%
D3.03	odwarstwienie siatkówki jednego oka z obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	10%
D3.04	odwarstwienie siatkówki jednego oka z całkowitą utratą wzroku	35%
D4	jaskra wtórna i wytrzeszcz	
D4.01	jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3%
D4.02	wytrzeszcz tętniący pourazowy	30%
D5	utrata soczewki i uszkodzenie przewodów łzowych	
D5.01	utrata soczewki w jednym oku (bezsoczewkowość pourazowa)	15%
D5.02	utrata soczewek obu oczu	30%
D5.03	uszkodzenie przewodów łzowych w jednym oku leczone operacyjnie	5%
D5.04	uszkodzenie przewodów łzowych w obu oczach leczone operacyjnie	12%
E	USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	
E1	pourazowa utrata słuchu	
E1.01	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20%
E1.02	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50%
E1.03	częściowa utrata słuchu w jednym uchu	5%
E1.04	częściowa utrata słuchu w obu uszach	10%
E2	uszkodzenia małżowiny usznej	
E2.01	jedna lub więcej ran małżowiny usznej	1%
E2.02	utrata lub zniekształcenie małżowiny lub jej części	2%
E2.03	utrata części małżowiny leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	7%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
E2.04	utrata małżowiny w całości	15%
E3	uszkodzenia ucha wewnętrznego	
E3.01	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu i zaburzeniami równowagi bez pęknięcia kości skalistej	20%
E3.02	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu, zaburzeniami równowagi i pęknięciem kości skalistej	25%
F	USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	
F1	uszkodzenia szyi (z wyjątkiem oparzeń) UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry szyi nie może przekroczyć 4%	
F1.01	jedna rana skóry szyi – do 4 cm długości	1%
F1.02	jedna rana skóry szyi – powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
F1.03	liczne rany skóry szyi (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	4%
F1.04	uszkodzenie tkanek miękkich szyi leczone operacyjnie	4%
F2	uszkodzenia krtani, tchawicy, przełyku, gardła	
F2.01	uszkodzenie tchawicy leczone operacyjnie	8%
F2.02	uszkodzenie krtani leczone operacyjnie	10%
F2.03	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie bez rekonstrukcji narządu	10%
F2.04	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	25%
G	USZKODZENIA W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ	
G1	uszkodzenia klatki piersiowej, grzbietu (z wyjątkiem oparzeń)	
G1.01	jedna rana skóry klatki piersiowej	1%
G1.02	dwie lub więcej ran klatki piersiowej	3%
G1.03	uszkodzenie tkanek miękkich klatki piersiowej, grzbietu leczone operacyjnie	2%
G2	pourazowe uszkodzenia sutka, piersi	
G2.01	uszkodzenie brodawki sutka lub sutka	5%
G2.02	częściowa lub całkowita utrata piersi	15%
G3	złamania żeber, mostka	
G3.01	złamanie żebra (za każde żebro, do 4 żeber)	0,5%
G3.02	złamanie od 5 do 10 żeber	5%
G3.03	złamanie powyżej 10 żeber	10%
G3.04	złamanie mostka	3%
G4	uszkodzenia płuc, odma	
G4.01	uszkodzenie płuc i optucnej – stłuczenie	1%
G4.02	krwiak/odma optucnej nie wymagające drenażu	2%
G4.03	krwiak/odma optucnej wymagające drenażu	4%
G4.04	krwiak/odma leczone operacyjnie	10%
G4.05	utrata części płuca	15%
G4.06	utrata płuca w całości	30%
G5	uszkodzenie serca	
G5.01	uszkodzenie serca wymagające nakłucia (odbarczenia osierdzia)	10%
G5.02	uszkodzenie serca wymagające torakotomii (otwarcia klatki piersiowej)	30%
H	USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ	
H1	uszkodzenia jamy brzusznej (z wyjątkiem oparzeń)	
H1.01	uszkodzenia powłok jamy brzusznej – jedna rana skóry	1%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
H1.02	uszkodzenie powłok jamy brzusznej – dwie lub więcej ran skóry	3%
H1.03	uszkodzenie mięśni leczone operacyjnie	2%
H1.04	uszkodzenie dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
H1.05	uszkodzenie powłok jamy brzusznej leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej (laparotomia) UWAGA: Uszczerbku z tej pozycji nie sumuje się z uszczerbkami z zakresu uszkodzenia jamy brzusznej wymienionymi w pkt. H2-H5	5%
H2	uszkodzenia przepony, żołądka, jelit, odbytu	
H2.01	uszkodzenie przepony leczone operacyjnie	10%
H2.02	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – zeszytie, drenaż	8%
H2.03	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – gastrostomia	10%
H2.04	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – resekcja	15%
H2.05	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – zeszytie, drenaż	8%
H2.06	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – resekcja, ileostomia, kolostomia, jejunostomia	15%
H2.07	uszkodzenie odbytu leczone operacyjnie – zeszytie	3%
H2.08	uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	10%
H3	uszkodzenia śledziony	
H3.01	pęknięcie śledziony leczone tylko zachowawczo	2%
H3.02	pęknięcie śledziony leczone operacyjnie	5%
H3.03	utrata śledziony do 18 roku życia	20%
H3.04	utrata śledziony po 18 roku życia	15%
H4	uszkodzenia wątroby, trzustki, przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego	
H4.01	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki (krwiak, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H4.02	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki leczone operacyjnie	15%
H4.03	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100%
H5	uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
H5.01	uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek (krwiak, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H5.02	uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek leczone operacyjnie	5%
H5.03	utrata jednej nerki	30%
H5.04	utrata obu nerek	100%
H5.05	uszkodzenia pęcherza leczone tylko zachowawczo	2%
H5.06	uszkodzenia pęcherza leczone operacyjnie	10%
H5.07	całkowita utrata pęcherza	50%
H5.08	uszkodzenia cewki moczowej leczone tylko zachowawczo	5%
H5.09	uszkodzenia cewki moczowej leczone operacyjnie	15%
H5.10	uszkodzenia moczowodu leczone operacyjnie	7%
H5.11	częściowa utrata prącia	10%
H5.12	całkowita utrata prącia	40%
H5.13	uszkodzenia jądra, jajnika w tym krwiak i wodniak leczone tylko zachowawczo	2%
H5.14	uszkodzenia jądra, jajnika leczone operacyjnie	5%
H5.15	utrata jednego jądra, jajnika	20%
H5.16	utrata obu jąder, jajników	40%
H5.17	utrata macicy	30%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
H5.18	rana powłok narządów moczowo-płciowych	2%
H5.19	głębokie uszkodzenia krocza, prącia, worka mosznowego, sromu, pochwy obejmujące też mięśnie, powięź, leczone operacyjnie	7%
I	USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA	
I1	uszkodzenia kręgosłupa szyjnego UWAGA: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 30%	
I1.01	skręcenie kręgosłupa szyjnego	1%
I1.02	zwichnięcie kręgosłupa szyjnego	2%
I1.03	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I1.04	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I1.05	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I2	uszkodzenia kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 nie może przekroczyć 25%	
I2.01	skręcenie kręgosłupa piersiowego	1%
I2.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I2.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I2.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I3	uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12- L5 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12-L5 nie może przekroczyć 30%	
I3.01	skręcenie w odcinku piersiowo-lędźwiowym	1%
I3.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I3.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I3.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I4	uraz rdzenia kręgowego	
I4.01	wstrząśnienie rdzenia z pobytem w szpitalu – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu	2%
I4.02	krwiak potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
I4.03	krwiak rdzenia leczone operacyjnie	20%
J	USZKODZENIA MIEDNICY	
J1	rany skóry pośladków (z wyjątkiem oparzeń) i uszkodzenia tkanek miękkich	
J1.01	jedna rana skóry pośladków (za każdą ranę , z zastrzeżeniem pkt J1.02)	1%
J1.02	liczne rany (co najmniej 3) skóry pośladków	3%
J1.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
J2	uszkodzenia w obrębie miednicy i stawu biodrowego	
J2.01	zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10%
J2.02	złamanie kości tonowej lub kulszowej jednostronnie (za każdą)	4%
J2.03	złamanie kości tonowej lub kulszowej obustronnie (za każdą)	6%
J2.04	rozejście się zespolenia tonowego	5%
J2.05	złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym (typu Malgaigne'a)	15%
J2.06	złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej leczone operacyjnie	20%
J2.07	złamanie kości krzyżowej	5%
J2.08	złamanie kości ogonowej	2%
J2.09	izolowane złamanie w obrębie talerza kości biodrowej	3%
J2.10	izolowane złamanie kolca biodrowego	1%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
K	USZKODZENIA KOŃCZYN GÓRNYCH	
K1	rany skóry kończyn górnych (z wyjątkiem oparzeń) UWAGA: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
K1.01	rana skóry kończyn górnych – do 4 cm długości	1%
K1.02	rana skóry kończyn górnych – powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
K1.03	liczne rany kończyn górnych (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
K2	uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego	
K2.01	skręcenie w stawie obojczykowo-barkowym lub obojczykowo-mostkowym z unieruchomieniem	2%
K2.02	zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5%
K2.03	złamanie łopatki	5%
K2.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K2.05	złamanie obojczyka leczone tylko zachowawczo	4%
K2.06	złamanie obojczyka leczone operacyjnie	6%
K3	uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego	
K3.01	skręcenie w stawie łopatkowo-ramiennym z unieruchomieniem	2%
K3.02	zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcie barku)	5%
K3.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K3.04	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K3.05	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , bez protezoplastyki stawu ramiennego	10%
K3.06	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , włącznie z protezoplastyką stawu ramiennego	15%
K3.07	utrata kończyny w stawie łopatkowo-ramiennym	70%
K3.08	utrata kończyny z łopatką	75%
K4	uszkodzenia ramienia	
K4.01	złamanie trzonu kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K4.02	złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie	8%
K4.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K4.04	utrata kończyny na poziomie ramienia	65%
K5	uszkodzenia stawu łokciowego	
K5.01	skręcenie w stawie łokciowym	1%
K5.02	skręcenie w stawie łokciowym z unieruchomieniem	2%
K5.03	zwichnięcie w stawie łokciowym	4%
K5.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K5.05	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone tylko zachowawczo	5%
K5.06	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone operacyjnie	10%
K5.07	utrata kończyny w stawie łokciowym	60%
K6	uszkodzenia przedramienia	
K6.01	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 1 ścięgna leczone operacyjnie	3%
K6.02	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 2 lub więcej ścięgien leczone operacyjnie	5%
K6.03	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.04	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%
K6.05	złamanie trzonów kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.06	złamanie trzonów kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
K6.07	utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
K7	uszkodzenia nadgarstka	
K7.01	skręcenie nadgarstka	0,5%
K7.02	skręcenie nadgarstka z unieruchomieniem	1%
K7.03	zwichnięcie nadgarstka	4%
K7.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K7.05	złamanie jednej lub więcej kości nadgarstka leczone tylko zachowawczo	4%
K7.06	złamanie jednej lub więcej kości nadgarstka leczone operacyjnie	7%
K7.07	utrata dłoni na poziomie nadgarstka	55%
K8	uszkodzenia śródreżca	
K8.01	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K8.02	złamanie pojedynczej kości śródreżca leczone tylko zachowawczo	2%
K8.03	złamania pojedynczej kości śródreżca leczone operacyjnie	6%
K8.04	złamania dwóch lub więcej kości śródreżca leczone tylko zachowawczo	4%
K8.05	złamania dwóch lub więcej kości śródreżca leczone operacyjnie	12%
L	USZKODZENIA PALCÓW RĘKI	
L1	uszkodzenia kciuka	
L1.01	skręcenie kciuka z unieruchomieniem	1%
L1.02	zwichnięcie kciuka	2%
L1.03	uszkodzenie tkanek miękkich kciuka leczone operacyjnie	2%
L1.04	całkowita utrata opuszki kciuka	2%
L1.05	utrata jednego paliczka paznokciowego kciuka (częściowa lub całkowita)	6%
L1.06	utrata obu paliczków (paznokciowego/dalszego i bliższego) kciuka	17%
L1.07	utrata obu paliczków kciuka z kością śródreżca	22 %
L1.08	złamanie kciuka (za każdy paliczek) leczone tylko zachowawczo	2%
L1.09	złamanie kciuka leczone operacyjnie	7%
L2	uszkodzenia palca wskazującego	
L2.01	skręcenie palca wskazującego z unieruchomieniem	1%
L2.02	zwichnięcie palca wskazującego	2%
L2.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca wskazującego leczone operacyjnie	2%
L2.04	całkowita utrata opuszki palca wskazującego	1%
L2.05	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca wskazującego	3%
L2.06	utrata paliczka paznokciowego/dalszego i środkowego (2 paliczków) palca wskazującego	10%
L2.07	utrata trzech paliczków palca wskazującego	15%
L2.08	utrata palca wskazującego z kością śródreżca	17%
L2.09	złamanie palca wskazującego leczone tylko zachowawczo	2%
L2.10	złamanie palca wskazującego leczone operacyjnie	3%
L3	uszkodzenia w zakresie palca III ręki	
L3.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca III z unieruchomieniem	1%
L3.02	zwichnięcie palca III	2%
L3.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca III leczone operacyjnie	2%
L3.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	3%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
L3.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca III	7%
L3.06	złamanie palca III	2%
L3.07	utrata palca III z kością śródreżca	9%
L4	uszkodzenia w zakresie palca IV ręki	
L4.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca IV z unieruchomieniem	1%
L4.02	zwichnięcie palca IV	2%
L4.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca IV leczone operacyjnie	1%
L4.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	2%
L4.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca IV	4%
L4.06	złamanie palca IV	1%
L4.07	utrata palca IV z kością śródreżca	5%
L5	uszkodzenia w zakresie palca V ręki	
L5.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca V z unieruchomieniem	1%
L5.02	zwichnięcie palca V	1%
L5.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca V leczone operacyjnie	1%
L5.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	2%
L5.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca V	4%
L5.06	złamanie palca V	1%
L5.07	utrata palca V z kością śródreżca	5%
Ł	USZKODZENIA KOŃCZYN DOLNYCH	
Ł1	rany skóry kończyn dolnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
Ł1.01	jedna rana skóry do 4 cm długości	1%
Ł1.02	jedna rana skóry powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
Ł1.03	liczne rany (co najmniej 3) łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
Ł2	uszkodzenia stawu biodrowego	
Ł2.01	skręcenie stawu biodrowego	3%
Ł2.02	zwichnięcie stawu biodrowego	10%
Ł2.03	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej, urazowe złuszczenie głowy kości udowej leczone tylko zachowawczo	10%
Ł2.04	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej leczone operacyjnie	20%
Ł2.05	złamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone tylko zachowawczo	15%
Ł2.06	ułamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie włącznie z protezoplastyką stawu biodrowego	25%
Ł2.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
Ł2.08	utrata kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między-lub podkrętarzowej	75%
Ł3	uszkodzenia uda	
Ł3.01	złamanie kości udowej leczone tylko zachowawczo (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady - łącznie)	9%
Ł3.02	złamanie kości udowej leczone operacyjnie (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady- łącznie)	15%
Ł3.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	8%
Ł3.04	utrata kończyny na poziomie uda	60%
Ł4	uszkodzenia stawu kolanowego	
Ł4.01	skręcenie stawu kolanowego bez uszkodzenia więzadeł i łątki z unieruchomieniem	2%
Ł4.02	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone tylko zachowawczo	3%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
Ł4.03	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone operacyjnie	5%
Ł4.04	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.05	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone operacyjnie	10%
Ł4.06	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone tylko zachowawczo	9%
Ł4.07	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15%
Ł4.08	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej łątkotki leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.09	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej łątkotki leczone operacyjnie	5%
Ł4.10	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch łątkotek leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.11	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch łątkotek leczone operacyjnie	10%
Ł4.12	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem rzepki nie skutkujący usunięciem rzepki	5%
Ł4.13	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem skutkujący usunięciem rzepki	10%
Ł4.14	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	2%
Ł4.15	utrata kończyny na poziomie kolana	50%
Ł5	uszkodzenia podudzia	
Ł5.01	złamanie kości strzałkowej leczone tylko zachowawczo	1%
Ł5.02	złamanie kości strzałkowej leczone operacyjnie	4%
Ł5.03	złamanie kości piszczelowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł5.04	złamanie kości piszczelowej leczone operacyjnie	10%
Ł5.05	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone tylko zachowawczo	2%
Ł5.06	rozerwanie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7%
Ł5.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone tylko zachowawczo – oprócz ścięgna Achillesa	1%
Ł5.08	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie – oprócz ścięgna Achillesa	4%
Ł5.09	utrata kończyny w obrębie podudzia	45%
Ł6	uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego (skokowy górny) lub skokowo-piętowego (skokowy dolny), uszkodzenia stopy	
Ł6.01	skręcenie z unieruchomieniem	2%
Ł6.02	zwichnięcie	3%
Ł6.03	złamanie kostki bocznej leczone tylko zachowawczo	3%
Ł6.04	złamanie kostki bocznej leczone operacyjnie	4%
Ł6.05	złamanie kostki przyśrodkowej leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.06	złamanie kostki przyśrodkowej leczone operacyjnie	5%
Ł6.07	złamanie trójkostkowe	12%
Ł6.08	złamanie kości skokowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł6.09	złamanie kości skokowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.10	złamanie kości piętowej leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.11	złamanie kości piętowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.12	złamanie lub zwichnięcia kości stępu (jednej lub więcej kości)	4%
Ł6.13	złamanie jednej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.14	złamanie jednej kości śródstopia leczone operacyjnie	3%
Ł6.15	złamanie dwóch kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	4%
Ł6.16	złamanie dwóch kości śródstopia leczone operacyjnie	6%
Ł6.17	złamanie trzech lub więcej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.18	złamanie trzech lub więcej kości śródstopia leczone operacyjnie	9%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
Ł7	utrata stopy	
Ł7.01	utrata stopy w obrębie śródstopia	25%
Ł7.02	utrata stopy w stawie Lisfranca	35%
Ł7.03	utrata stopy w stawie Choparta	40%
Ł7.04	utrata stopy w całości	45%
M	USZKODZENIA PALCÓW STOPY	
M1	uszkodzenia palucha	
M1.01	utrata w obrębie paliczka paznokciowego palucha	2%
M1.02	utrata całego paliczka paznokciowego palucha	5%
M1.03	utrata całego palucha	10%
M1.04	utrata palucha z kością śródstopia	12%
M1.05	złamanie, zwichnięcie palucha	2%
M1.06	złamanie palucha leczone operacyjnie	3%
M2	uszkodzenia w zakresie palca drugiego stopy	
M2.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca II	1%
M2.02	utrata całego palca II	2%
M2.03	utrata palca II z kością śródstopia	3%
M2.04	złamanie, zwichnięcie palca II	1%
M3	uszkodzenia w zakresie palca trzeciego stopy	
M3.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	1%
M3.02	utrata całego palca III	2%
M3.03	utrata palca III z kością śródstopia	3%
M3.04	złamanie, zwichnięcie palca III	1%
M4	uszkodzenia w zakresie palca czwartego stopy	
M4.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	1%
M4.02	utrata całego palca IV bez kości śródstopia	2%
M4.03	utrata palca IV z kością śródstopia	3%
M4.04	złamanie, zwichnięcie palca IV	1%
M5	uszkodzenia w zakresie palca piątego stopy	
M5.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	1%
M5.02	utrata całego palca V bez kości śródstopia	2%
M5.03	utrata palca V z kością śródstopia	3%
M5.04	złamanie, zwichnięcie palca V	1%

CZĘŚĆ II

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
N	TRWAŁE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE POURAZOWE	
N1	trwałe porażenia, niedowłady lub utrata funkcji kończyny górnej	
N1.01	porażenie kończyny górnej – ręki dominującej	50%
N1.02	porażenie kończyny górnej – ręki niedominującej	40%
N1.03	porażenie obu kończyn górnych	100%
N1.04	niedowład kończyny górnej	15%
N1.05	niedowład obu kończyn górnych	40%
N2	trwałe porażenia, niedowłady lub utrata funkcji kończyny dolnej	
N2.01	porażenie kończyny dolnej	50%
N2.02	porażenie obu kończyn dolnych bez lub z zaburzeniami zwieraczy	100%
N2.04	niedowład kończyny dolnej	10%
N2.05	niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego, laski, kulki, balkonika	40%
N2.06	niedowład dużego stopnia czterech kończyn uniemożliwiający funkcjonowanie	100%
N3	trwałe porażenia czterech kończyn	
N3.01	porażenie całkowite czterech kończyn	100%
N4	trwałe porażenia i niedowłady połowicze	
N4.01	porażenie połowicze	100%
N4.02	niedowład połowiczny	30%
N5	zespoły neurologiczne	
N5.01	zespół stożka końcowego bez niedowładów	20 %
N5.02	zespół mózdkowy utrudniający chód i sprawność ruchową	40%
N5.03	zespół mózdkowy uniemożliwiający samodzielne funkcjonowanie, wymagający opieki osób trzecich	80%
N5.04	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	90%
N5.05	utrwalony zespół pozapiramidowy niewymagający opieki osób trzecich	30%
N6	zaburzenia mowy	
N6.01	całkowita utrata mowy (afazja całkowita)	60%
N6.02	afazja częściowa	10%
O	TRWAŁE USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU PO URAZIE	
O1	ubytki pola widzenia	
O1.01	w jednym oku	7%
O1.02	w obu oczach	20%
O2	koncentryczne ubytki pola widzenia	
O2.01	w jednym oku	7%
O2.02	w obu oczach	25%
O3	niedowidzenie połowicze	
O3.01	dwunosowe	20%
O3.02	dwuskroniowe	50%
O3.03	jednoimienne	20%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
P	TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW CZASZKOWYCH PO URAZACH GŁOWY	
P1	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu twarzowego	
P1.01	porażenie całkowite nerwu twarzowego	15%
P1.02	niedowład nerwu twarzowego	5%
P2	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów ruchowych gałki ocznej uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu trwałych porażeń lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P2.01-P2.02 nie może przekroczyć: za porażenie 45% za niedowład 15%	
P2.01	porażenie całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	15%
P2.02	niedowład nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	5%
P3	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu językowo-gardłowego	
P3.01	porażenie całkowite nerwu językowo-gardłowego	10%
P3.02	niedowład nerwu językowo-gardłowego	3%
P4	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu błędnego	
P4.01	porażenie całkowite nerwu błędnego	10%
P4.02	niedowład nerwu błędnego	3%
P5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu dodatkowego	
P5.01	porażenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
P5.02	niedowład nerwu dodatkowego	3%
P6	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu podjęzykowego UWAGA: sumaryczny uszczerbek z tytułu utrwalonych porażeń lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P3 – P6 nie może przekroczyć: za porażenie 30%, za niedowład 9%	
P6.01	porażenie całkowite nerwu podjęzykowego	10%
P6.02	niedowład nerwu podjęzykowego	3%
R	TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
R1	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu przeponowego	
R1.01	porażenie całkowite nerwu przeponowego	15%
R1.02	niedowład nerwu przeponowego	5%
R2	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piersiowego długiego	
R2.01	porażenie całkowite nerwu piersiowego długiego	10%
R2.02	niedowład nerwu piersiowego długiego	5%
R3	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pachowego	
R3.01	porażenie całkowite nerwu pachowego	20%
R3.02	niedowład nerwu pachowego	5%
R4	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu mięśniowo-skórnego	
R4.01	porażenie całkowite nerwu mięśniowo-skórnego	10%
R4.02	niedowład nerwu mięśniowo-skórnego	3%
R5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu promieniowego	
R5.01	porażenie całkowite nerwu promieniowego	25%
R5.02	niedowład nerwu promieniowego	5%
R6	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pośrodkowego	
R6.01	porażenie całkowite nerwu pośrodkowego	15%
R6.02	niedowład nerwu pośrodkowego	5%
R7	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu łokciowego	
R7.01	porażenie całkowite nerwu łokciowego	20%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
R7.02	niedowład nerwu łokciowego	5%
R8	trwałe porażenia lub niedowłady części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego	
R8.01	porażenie całkowite części górnej splotu barkowego	20%
R8.02	niedowład części górnej splotu barkowego	5%
R9	trwałe porażenia lub niedowłady części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego	
R9.01	porażenie całkowite części dolnej splotu barkowego	40%
R9.02	niedowład części dolnej splotu barkowego	10%
R10	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	
R10.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	15%
R10.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	3%
R11	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu zastonowego	
R11.01	porażenie całkowite nerwu zastonowego	15%
R11.02	niedowład nerwu zastonowego	3%
R12	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu udowego	
R12.01	porażenie całkowite nerwu udowego	30%
R12.02	niedowład nerwu udowego	5%
R13	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów pośladkowych	
R13.01	porażenie całkowite nerwów pośladkowych	20%
R13.02	niedowład nerwów pośladkowych	3%
R14	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu sromowego wspólnego	
R14.01	porażenie całkowite nerwu sromowego wspólnego	20%
R14.02	niedowład nerwu sromowego wspólnego	5%
R15	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu kulszowego	
R15.01	porażenie całkowite nerwu kulszowego	50%
R15.02	niedowład nerwu kulszowego	10%
R16	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piszczelowego	
R16.01	porażenie całkowite nerwu piszczelowego	30%
R16.02	niedowład nerwu piszczelowego	5%
R17	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu strzałkowego	
R17.01	porażenie całkowite nerwu strzałkowego	20%
R17.02	niedowład nerwu strzałkowego	5%
R18	trwałe porażenia lub niedowłady splotu lędźwiowo-krzyżowego	
R18.01	porażenie całkowite splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
R18.02	niedowład splotu lędźwiowo-krzyżowego	30%
R19	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	
R19.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
R19.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	3%

KATEGORIE WAD WRODZONYCH

KATEGORIE WAD WRODZONYCH OZNACZONE WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10	
KATEGORIA A	
1. Q07 inne wady układu nerwowego	32. Q61 wielotorbielowatość nerek
2. Q10 oko – wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu	33. Q62 wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
3. Q12 wrodzone wady rozwojowe soczewki	34. Q63 inne wady nerek
4. Q13 oko – wady przedniego odcinka oka	35. Q64 inne wady układu moczowego
5. Q14 oko – wady tylnego odcinka	36. Q66 zniekształcenia stopy
6. Q15 inne wady oka	37. Q67 zniekształcenia czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
7. Q17 inne wady ucha	38. Q68 inne zniekształcenia mięśniowo-kostne
8. Q18 inne wady twarzy i szyi	39. Q69 palce dodatkowe
9. Q24 serce – wady pozostałe	40. Q70 zrost palców
10. Q26 układ naczyniowy – wady dużych żył	41. Q74 inne wady kończyn
11. Q27 inne wady obwodowego układu naczyniowego	42. Q75 inne określone wady kości czaszki i twarzy
12. Q28 inne wady układu krążenia	43. Q76 wady klatki piersiowej i żeber
13. Q30 wady nosa	44. Q78 inne osteochondrodysplazje
14. Q31 wady krtani	45. Q79 wady układu mięśniowo-szkieletowego niesklasyfikowane gdzie indziej
15. Q32 wady tchawicy i oskrzeli	46. Q80 wrodzona rybia łuska
16. Q33 wady płuc	47. Q81 pęcherzowe oddzielanie naskórka
17. Q34 inne wady układu oddechowego	48. Q82 inne wady skóry
18. Q35 rozszczep podniebienia	49. Q83 wrodzone wady rozwojowe gruczołów sutkowych
19. Q36 rozszczep wargi	50. Q84 inne wady powłok ciała
20. Q38 wady języka, jamy ustnej, gardzieli	51. Q85 fakomatozy
21. Q40 inne wady górnego odcinka przewodu pokarmowego	52. Q86 zespoły spowodowane czynnikami zewnętrznymi
22. Q43 inne wady wrodzone jelit	53. Q87 zespoły związane głównie z niskim wzrostem
23. Q44 wady wątroby, p. żółciowego i pp. żółciowych	54. Q89 wady mnogie
24. Q45 inne wady przewodu pokarmowego	55. Q92 inne trisomie i częściowe trisomie autosomów
25. Q50 wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadeł szerokich macicy	56. Q93 monosomie i delecje autosomów
26. Q51 wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy	57. Q95 zrównoważone translokacje
27. Q52 inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich	58. Q96 Zespół Turnera
28. Q53 niezstąpienie jąder	59. Q97 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim
29. Q54 spodziectwo	60. Q98 inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem męskim
30. Q55 inne wady wrodzone narządów płciowych męskich	61. Q99 inne aberracje chromosomowe niesklasyfikowane gdzie indziej
31. Q56 narządy płciowe obojnacze	
KATEGORIA B	
1. Q00 bezmózgowie i podobne wady rozwojowe	14. Q37 rozszczep wargi i podniebienia
2. Q02 małogłowie	15. Q39 wady przełyku
3. Q03 wodogłowie	16. Q41 jelito cienkie – brak zarośnięcie zwężenie
4. Q04 inne wrodzone wady rozwojowe mózgu	17. Q42 jelito grube – brak zarośnięcie zwężenie
5. Q05 rozszczep kręgosłupa	18. Q60 nerki – agenezja i niedorozwój miąższu
6. Q06 inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego	19. Q65 zniekształcenia stawu biodrowego
7. Q11 bezocze, małococze i wielococze	20. Q71 zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
8. Q16 wady ucha powodujące upośledzenie słuchu	21. Q72 zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
9. Q20 serce – wady jam i połączeń	22. Q73 zniekształcenie zmniejszające kończyny, nie określone
10. Q21 serce – wady przegród	23. Q77 osteochondrodysplazje z upośledzeniem wzrostu kości długiej i kręgosłupa
11. Q22 – serce – wady zastawki pnia płucnego i trójdziałnej	24. Q90 zespół Downa
12. Q23 – serce – wady zastawki aorty i dwudziałnej	25. Q91 zespół Edwardsa i Pataua
13. Q25 układ naczyniowy – duże tętnice – wady	

TABELA USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
1.	Uszkodzenia głowy	
1)	ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2)	złamania podstawy czaszki	15
3)	złamania nosa	5
4)	złamania szczęki lub żuchwy	10
5)	utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6)	utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7)	amputacja nosa w całości	30
8)	amputacja skrzydełka nosa	10
9)	amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10)	amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2.	Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
1)	porażenie połowicze utrwalone	100
2)	całkowita utrata mowy	100
3.	Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu	
1)	utrata wzroku w jednym oku	30
2)	utrata wzroku w obu oczach	100
3)	utrata słuchu w jednym uchu	30
4)	obustronna utrata słuchu	60
4.	Uszkodzenia klatki piersiowej	
1)	złamanie mostka	3
2)	złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3)	złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od liczby)	10
5.	Uszkodzenia kręgosłupa	
1)	złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2)	złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 – Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3)	złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 – L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6.	Uszkodzenia rdzenia	
1)	całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100
2)	całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3)	całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7.	Uszkodzenia miednicy	
1)	złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2)	złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3)	złamania panewki stawu biodrowego	10
8.	Urazy narządu ruchu powodujące unieruchomienie przez co najmniej 7 dni	
1)	uraz w obrębie kręgosłupa	5
2)	uraz stawu biodrowego	10
3)	uraz stawu kolanowego	5
4)	uraz stawu skokowego	3
5)	uraz stawu barkowego	7
6)	uraz stawu łokciowego	3
7)	uraz stawu nadgarstkowego	3
8)	uraz stawu w obrębie śródreżca i palców dłoni (maksymalnie za wiele urazów w obrębie śródreżca i palców dłoni – 5%)	1 (max. 5)
9.	Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych	
1)	utrata fizyczna śledziony	15
2)	utrata fizyczna jednej nerki	20
3)	częściowa amputacja prącia	10

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU		Procent uszczerbku na zdrowiu
4)	całkowita amputacja przącia	30
5)	utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	10
6)	utrata fizyczna obu jąder lub jajników	30
7)	utrata fizyczna macicy i pochwy	30
10.	Uszkodzenia kończyn górnych	
1)	złamania łopatki	4
2)	złamania obojczyka	4
3)	amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
4)	amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7)	amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	amputacja w stawie łokciowym	60
10)	złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11)	złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12)	amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
13)	złamania nadgarstka	5
14)	amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	złamania pojedynczej kości śródreżca	3
16)	złamania kości śródreżca – trzech lub więcej	8
17)	amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	złamania kciuka	3
20)	amputacja fragmentu opuszki palca	1
21)	amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	amputacja trzech paliczków	10
24)	złamania palca wskazującego	3
25)	amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	złamania w obrębie jednego palca dłoni w zakresie palca III, IV lub V	2
27)	złamania w obrębie dwóch lub trzech palców jednej dłoni w zakresie palców III, IV lub V	4
28)	złamania w obrębie dwóch lub trzech palców jednej dłoni w zakresie palców III, IV lub V, przy jednoczesnym złamaniu w obrębie palca wskazującego	6
29)	amputacja pięciu palców jednej ręki	40
11.	Uszkodzenia kończyn dolnych	
1)	złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez- i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	amputacja kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	amputacja obu kończyn dolnych przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	złamania kości udowej	15
5)	amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	złamania kości stępu	4
13)	złamania jednej lub dwóch kości śródstopia (za każdą kość)	2
14)	złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	amputacja stopy w stawie Choparta	30

RODZAJ USZCZERBKU NA ZDROWIU	Procent uszczerbku na zdrowiu
18) amputacja stopy w całości	35
19) amputacja obu stóp	70
20) amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21) amputacja całego palucha	8
22) złamania palucha	2
23) amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24) złamania w obrębie jednego palca stopy w zakresie palca II, III, IV lub V	1,5
25) złamania w obrębie dwóch lub więcej palców jednej stopy w zakresie palców II, III, IV lub V	3
26) złamania w obrębie dwóch lub więcej palców jednej stopy w zakresie palców II, III, IV lub V, przy jednoczesnym złamaniu w obrębie palucha	4
12. Utrata lub złamanie zęba stałego	
1) siekaczy lub kłów (za każdy ząb)	1,5
2) pozostałych zębów (za każdy ząb)	1
13. Urazowa utrata zęba mlecznego	1
14. Rana cięta, szarpana lub miażdżona	
1) w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2) w obrębie pozostałych części ciała	1
15. Wstrząśnienie mózgu	4
16. Oparzenia	
1) II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2) II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3) II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4) II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5) III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6) III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7) III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8) dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10
17. Odmrożenia co najmniej II stopnia:	
1) palca dłoni lub stopy	1
2) nosa lub ucha	3
3) więcej niż jednego palca dłoni lub stopy	4

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z UMOWY

OPODATKOWANIE KWOT OTRZYMANÝCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH I OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy o PIT od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem: a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnej, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT; b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi (art. 24 ust. 15 ustawy o PIT) oraz dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest: 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik (art. 24 ust. 15a ustawy o PIT).

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu ustawy o PIT są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodu, o którym mowa powyżej, nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich (art. 30a ust. 5 ustawy o PIT).

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach emerytalnych, środków zgromadzonych na tym koncie pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów. W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot. Za koszt, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie. Przy kolejnym częściowym zwrocie powyższe zasady stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie. Dochodu nie pomniejsza się o straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych poniesionych w roku podatkowym oraz w latach poprzednich (art. 30a ust. 8-8d ustawy o PIT).

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty: a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach emerytalnych, b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika, c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników – do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych.

Przez pracownicze programy emerytalne rozumie się pracownicze programy emerytalne utworzone i działające w oparciu o przepisy dotyczące pracowniczych programów emerytalnych obowiązujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub w innych państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo w Konfederacji Szwajcarskiej.

Na mocy art. 21 ust. 1 pkt 58a ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego dochody z tytułu oszczędzania na indywidualnym koncie emerytalnym, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach emerytalnych, uzyskane w związku z: a) gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego, b) wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego, c) wypłatą transferową – z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym indywidualnym koncie emerytalnym, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.

Stosownie do art. 52a ust. 1 pkt 3 ustawy o PIT zwalnia się od podatku dochodowego dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5a ustawy o PIT opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają również dochody z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 24 ust. 15a i 15b. Na mocy art. 24 ust. 15a ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest: 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik – jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń. Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń (art. 24 ust. 15b).

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU USTAWY O PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

W myśl art. 831 § 3 kodeksu cywilnego suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn.

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkowi nie podlega: a) nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego; b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym oraz na indywidualnym koncie zabezpieczenia emerytalnego.

EGZEKUCJA SĄDOWA ŚWIADCZEŃ I ODSZKODOWAŃ

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 kodeksu postępowania cywilnego nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez Ministrów Finansów i Sprawiedliwości.

Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej, świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO KOSZT UZYSKANIA PRZYCHODU

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy o działalności ubezpieczeniowej jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza: a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy, b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy, c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

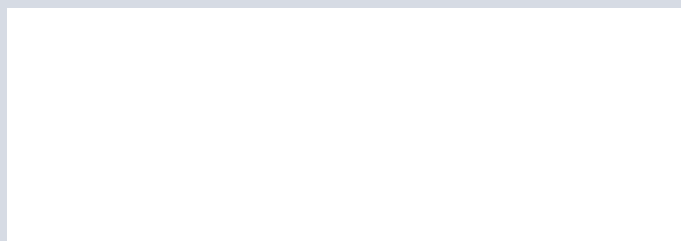
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO PRZYCHÓD PRACOWNIKA

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu ustawy o PIT uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy (art. 12 ust. 4 ustawy o PIT).

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 1
02-685 Warszawa

SKONTAKTUJ SIĘ Z AGENTEM



Infolinia: 224 224 224
www.allianz.pl