GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Opiekun

nr PGO/2024/1 PD202403

224 224 224 allianz.pl

Dołączamy do usługi e-Doręczenia

Szanowni Państwo,

od **1 kwietnia 2025 r.** reklamacje, skargi i zażalenia można składać również w ramach usługi e-Doręczenia za pośrednictwem adresu do doręczeń elektronicznych.

Adres wpisany do bazy adresów elektronicznych dla **Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna** to:

AE:PL-73604-64978-TAJBC-22

Reklamacje na nasze usługi, skargi lub zażalenia można również składać za pośrednictwem dotychczasowych kanałów komunikacji.

Z wyrazami szacunku

Allianz

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego 95 480 000 zł (wpłacony w całości).

Spis treści

5 Wstęp
6 I. Leksykon
18 II. Umowa Główna: Śmierć Uczestnika, Niezdolność Uczestnika do Pracy, Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Poważne Zachorowanie Uczestnika, Osierocenie Dziecka
23 III. Ograniczenia Ochrony
24 IV. Umowy Dodatkowe – Postanowienia Ogólne
24 V. Przewodnik dla Ubezpieczającego
26 VI. Przewodnik dla Uczestnika i Współuczestnika
28 VII. Przewodnik dla Uprawnionego
29 VIII. Postanowienia Końcowe

30 Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
31 Śmierć Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu
31 Kalectwo Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
32 Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne
34 Leczenie Szpitalne i Rekonwalescencja Uczestnika
36 Świadczenie Szpitalne „Zdrowe Życie" i Rehabilitacja Uczestnika
38 Wykaz Postępowań Medycznych
52 Zachorowanie Uczestnika na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance"
53 Wystąpienie Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika
54 Tabela Poważnych Stanów Chorobowych
57 Leczenie Specjalistyczne Uczestnika

58 Śmierć Małżonka
60 Kalectwo Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
60 Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne
62 Leczenie Szpitalne i Rekonwalescencja Małżonka
65 Świadczenie Szpitalne Małżonka „Zdrowe Życie"
66 Poważne Zachorowanie Małżonka

68 Śmierć Dziecka oraz Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
69 Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka
71 Leczenie Szpitalne Dziecka
72 Rehabilitacja Dziecka
72 Świadczenie Szpitalne Dziecka „Zdrowe Życie"
73 Wykaz Postępowań Medycznych Dziecka
85 Poważne Zachorowanie Dziecka
86 Urodzenie się Dziecka i Urodzenie się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej
87 Urodzenie się Martwego Dziecka lub Poronienie

88 Śmierć Rodzica

88 Assistance Wersja 1
90 Assistance Wersja 2
95 „Zagraniczna Druga Opinia Medyczna"
96 Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów"
97 Wykaz Usług Medycznych
113 Informacja o Programie Assistance do Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów"
114 Program Assistance

Informacja o postanowieniach zawartych we wzorcach umów
dotycząca Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1

Rodzaj informacji / postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu z wzorca umownego	
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	**Warunki Ogólne Umowy Głównej**	§ 2 ust. 2-4 § 3 ust. 2-3 § 4 ust. 2-3 § 5 ust. 2-15 § 6 ust. 1-2
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka:	
	Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/SNW/2024/1	§ 2 ust. 2-5
	Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nr PGO/ZZU/2024/1	ust. 2-5
	Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIN/2024/1	ust. 2-6
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nr PGO/TUK/2024/1	§ 2 ust. 2-14 § 3 ust. 1-11
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Uczestnika nr PGO/LSR/2024/1	§ 2 ust. 2-7 § 3 ust. 2-6 § 4 ust. 2-4
	Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” i Rehabilitacji Uczestnika nr PGO/HCR/2024/1	§ 2 ust. 2-11 § 3 ust. 2-10 § 4
	Zachorowania Uczestnika na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGO/PNR/2024/1	ust. 2-9
	Wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika nr PGO/PKN/2024/1	ust. 2-8
	Leczenia Specjalistycznego Uczestnika nr PGO/SPC/2024/1	§ 2 ust. 2-4
	Śmierci Małżonka nr PGO/ZMA/2024/1	§ 2 ust. 1-2 § 3 ust. 1-3 § 4 ust. 1-3
	Kalectwa Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIM/2024/1	ust. 1-5

	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nr PGO/TMU/2024/1	§ 2 ust. 1-13 § 3 ust. 1-11
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Małżonka nr PGO/LMR/2024/1	§ 2 ust. 1-6 § 3 ust. 1-5 § 4 ust. 1-3
	Świadczenia Szpitalnego Małżonka „Zdrowe Życie” nr PGO/HBM/2024/1	§ 2 ust. 1-10
	Poważnego Zachorowania Małżonka nr PGO/PZM/2024/1	ust. 1-14
	Śmierci Dziecka oraz Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/ZDZ/2024/1	§ 2 ust. 1-2 § 3 ust. 1-2
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka nr PGO/TUC/2024/1	§ 2 ust. 1-8 § 3 ust. 1-3
	Leczenia Szpitalnego Dziecka nr PGO/LSD/2024/1	ust. 1-4
	Rehabilitacji Dziecka nr PGO/RHD/2024/1	ust. 2-5
	Świadczenia Szpitalnego Dziecka „Zdrowe Życie” nr PGO/HD2/2024/1	§ 2 ust. 1-7
	Poważnego Zachorowania Dziecka nr PGO/PDK/2024/1	ust. 1-5
	Urodzenia się Dziecka i Ryzyka Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej nr PGO/UDZ/2024/1	§ 2 ust. 1-2 § 3 ust. 1-3
	Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia nr PGO/ZNK/2024/1	ust. 1-3
	Śmierci Rodzica nr PGO/ZRK/2024/1	ust. 1-2
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia	
	Assistance – Wersja 1 nr PGO/AS1/2024/1	ust. 1-3, 6, 8
	Assistance – Wersja 2 nr PGO/AS2/2024/1	ust. 1-3, 6, 8
	„Zagraniczna Druga Opinia Medyczna” nr PGO/BDR/2024/1	ust. 1-5, 6-13
	Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów” nr PGO/AMB/2024/1	ust. 1-4, 9-15

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	**Warunki Ogólne Umowy Głównej**	§ 2 ust. 5-6 § 3 ust. 4-7 § 4 ust. 4-5 § 5 ust. 16-19 § 6 ust. 3-4
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka:	
	Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/SNW/2024/1	§ 2 ust. 6
	Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu nr PGO/ZZU/2024/1	ust. 6-10
	Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIN/2024/1	ust. 7
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nr PGO/TUK/2024/1	§ 2 ust. 15-18 § 3 ust. 12-16
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Uczestnika nr PGO/LSR/2024/1	§ 2 ust. 8-10 § 3 ust. 7-8 § 4 ust. 5-6
	Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie” i Rehabilitacji Uczestnika nr PGO/HCR/2024/1	§ 2 ust. 3, 12-15 § 3 ust. 3, 11-15
	Zachorowania Uczestnika na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance” nr PGO/PNR/2024/1	ust. 10-14
	Wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika nr PGO/PKN/2024/1	ust. 9-16
	Leczenia Specjalistycznego Uczestnika nr PGO/SPC/2024/1	§ 2 ust. 5-7
	Śmierci Małżonka nr PGO/ZMA/2024/1	§ 2 ust. 3-5 § 3 ust. 4-8 § 4 ust. 4
	Kalectwa Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/TIM/2024/1	ust. 6
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne nr PGO/TMU/2024/1	§ 2 ust. 14-17 § 3 ust. 12-16
	Leczenia Szpitalnego i Rekonwalescencji Małżonka nr PGO/LMR/2024/1	§ 2 ust. 7-9 § 3 ust. 6-7 § 4 ust. 4-5

	Świadczenia Szpitalnego Małżonka „Zdrowe Życie” nr PGO/HBM/2024/1	§ 2 ust. 11-14
	Poważnego Zachorowania Małżonka nr PGO/PZM/2024/1	ust. 15-18
	Śmierci Dziecka oraz Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nr PGO/ZDZ/2024/1	§ 2 ust. 3-4 § 3 ust. 3
	Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka nr PGO/TUC/2024/1	§ 2 ust. 9-10 § 3 ust. 4-5
	Leczenia Szpitalnego Dziecka nr PGO/LSD/2024/1	ust. 5-7
	Rehabilitacji Dziecka nr PGO/RHD/2024/1	ust. 6-8
	Świadczenia Szpitalnego Dziecka „Zdrowe Życie” nr PGO/HD2/2024/1	§ 2 ust. 8-11
	Poważnego Zachorowania Dziecka nr PGO/PDK/2024/1	ust. 6-9
	Urodzenia się Dziecka i Ryzyka Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej nr PGO/UDZ/2024/1	§ 2 ust. 3-6 § 3 ust. 4-8
	Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia nr PGO/ZNK/2024/1	ust. 4-8
	Śmierci Rodzica nr PGO/ZRK/2024/1	ust. 3-5
	Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia	
	Assistance – Wersja 1 nr PGO/AS1/2024/1	ust. 8, 11-16
	Assistance – Wersja 2 nr PGO/AS2/2024/1	ust. 8, 11-16
	„Zagraniczna Druga Opinia Medyczna” nr PGO/BDR/2024/1	1 ust. 14-17
	Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów” nr PGO/AMB/2024/1	1 ust. 16-17

Szanowni Państwo,
dziękujemy za zainteresowanie naszym ubezpieczeniem grupowym.
Dokument, który właśnie Państwo czytają, to:

OWU – WARUNKI OGÓLNE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OPIEKUN (NR PGO/2024/1)

W tym dokumencie zwracamy się przede wszystkim do Państwa (jako Ubezpieczającego), jak również do Uczestników, ale ważne są i inne osoby – wymieniamy je wszystkie poniżej:

Ubezpieczający	**Uczestnik**	**Współuczestnik**	**Ubezpieczyciel**
zawiera z nami Umowę na rzecz swoich pracowników	czyli:		
	Pracownik	**Małżonek** **Partner** **Pełnoletnie Dziecko**	**My (Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.)**
	przystępuje do ubezpieczenia zawartego przez Ubezpieczającego	przystępują do ubezpieczenia jako osoby bliskie pracownikowi	ubezpieczamy Uczestnika, Współuczestnika oraz zdarzenia w życiu Uczestnika, które dotyczą jego Małżonka, Partnera lub Dziecka oraz Rodzica w ramach Umowy Ubezpieczenia, którą zawiera z nami Ubezpieczający

W dokumencie występują także inne osoby:

Małżonek lub Partner	**Dziecko**	**Rodzic**	**Uprawniony**	**Uposażony**
ubezpieczamy zdarzenia w życiu Uczestnika, które dotyczą tych osób			osoba, która ma prawo otrzymać Świadczenie, gdy wystąpi Zdarzenie	osoba, której wypłacamy Świadczenie z tytułu Śmierci Uczestnika. Uposażonego wskazuje Uczestnik

Postanowienia tych OWU kierujemy do:
1. **Państwa** – jako Ubezpieczającego, który zawiera z nami Umowę Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
2. **Państwa pracowników** – jako Uczestników, na rzecz których zawierają Państwo z nami Umowę Grupowego Ubezpieczenia na Życie,
3. **Osób bliskich Państwa pracownikom** – jako Współuczestników, których obejmujemy Ochroną,
4. **Uprawnionych**, którzy otrzymają Świadczenie Ubezpieczeniowe, gdy wystąpi Zdarzenie.

Część OWU	**Co opisuje?**	**Która to część?**
Leksykon	Wszystkie definicje i pojęcia, które piszemy w OWU dużą literą – o ile nie zdefiniowaliśmy tych pojęć w Warunkach Ogólnych Umów Dodatkowych (OWU UD)	I
Umowa Główna	Ryzyka objęte Ochroną, sposób wyliczenia Świadczeń oraz ograniczenia Ochrony, które wynikają z Umowy Głównej	II
Ograniczenia Ochrony	Wyłączenia lub ograniczenia naszej Ochrony. Mogą mieć zastosowanie także w Umowach Dodatkowych	III
Umowy Dodatkowe – postanowienia ogólne	Podstawowe postanowienia, które dotyczą Umów Dodatkowych; w dalszej części dokumentu, jeśli odwołujemy się do Umów Dodatkowych, posługujemy się skrótem OWU UD	IV
Przewodnik dla Ubezpieczającego	Sposób zawarcia, wykonywania i rozwiązania Umowy, prawa i obowiązki Ubezpieczającego	V
Przewodnik dla Uczestnika i Współuczestnika	Sposób przystąpienia do ubezpieczenia, prawa i obowiązki Uczestnika, warunki zakończenia Ochrony	VI
Przewodnik dla Uprawnionego	Sposób zgłaszania roszczenia	VII
Warunki Ogólne Umów Dodatkowych	Ryzyka objęte Umowami Dodatkowymi, sposób wyliczenia Świadczeń oraz dodatkowe ograniczenia naszej Ochrony, które wynikają z Umów Dodatkowych	VIII

I. LEKSYKON

Część 1 – Definicje ogólne

1. **Akt Terroryzmu** – działanie indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły, przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia – działanie, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych lub ekonomicznych. Celem tego aktu jest wprowadzenie chaosu, dezorganizacja życia publicznego, zastraszenie lub wywarcie przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność
2. **Automatyczny Limit Akceptacji (ALA)** – ustalana przez nas maksymalna wysokość Sumy Ubezpieczenia, którą przyznajemy bez dokonywania indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. ALA może obniżyć Świadczenie we wskazanych w OWU przypadkach. Wysokość ALA wskazujemy w Polisie. ALA nie zostanie podany w Polisie jedynie wówczas, gdy Suma Ubezpieczenia jest niższa niż ALA. Wysokość ALA aktualizujemy:
   1) w każdą Rocznicę i
   2) przy zmianie warunków Ochrony
3. **Best Doctors** – Best Doctors Services SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii (adres: C/Almagro 36-1, 28010 Madryt), za pośrednictwem którego zapewniamy sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej, Informacji Medycznej Eksperta oraz dostęp do Platformy AskBestDoctors
4. **Biblioteka Video On-line** – zbiór informacyjno-edukacyjnych filmów umożliwiających uzyskanie informacji o istocie chorób, ich wpływie na organizm, metodach diagnostyki i leczenia
5. **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – całodobowe centrum (tel. 800 365 867), które przyjmuje zgłoszenia telefoniczne oraz dokumenty, weryfikuje prawo do uzyskania świadczeń oraz koordynuje ich realizację
6. **Choroba Przewlekła** – zdiagnozowany przed objęciem po raz pierwszy Ochroną w ramach Umowy Dodatkowej stan chorobowy, który charakteryzuje się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, albo choroba, która była stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub była przyczyną hospitalizacji – w ciągu 12 miesięcy przed rozpoczęciem Ochrony w ramach Umowy Dodatkowej
7. **Cykl Chemioterapii lub Radioterapii (Cykl)** – wielokrotne podawanie leku lub stosowanie napromieniowania przeprowadzane podczas Hospitalizacji lub w trybie ambulatoryjnym w celu spowolnienia procesu nowotworowego. Obie metody stanowią podstawowy element programu leczenia Nowotworu Złośliwego – leczenia, w trakcie którego lekarz prowadzący dopasowuje do potrzeb chorego:
   1) leki cytostatyczne,
   2) drogi podania leków,
   3) sposób napromieniowania,
   4) rodzaj napromieniowania,
   5) dawki napromieniowania,
   6) liczbę podań leku/ napromieniowań,
   7) długości przerw pomiędzy kolejnymi Cyklami
8. **Data Uzyskania Prawa do Przystąpienia** – w przypadku:
   1) Uczestnika to późniejsza z dat:
      a) data nawiązania przez Państwa jako Ubezpieczającego z Uczestnikiem po raz pierwszy jednego ze stosunków prawnych, określonych w Warunkach Przystąpienia,
      b) data zawarcia Umowy,
      c) data, od której Uczestnik spełnia Kryterium Kwalifikacji, jeśli warunki takie ustaliliśmy z Państwem jako Ubezpieczającym i określiliśmy w Polisie,
   2) Współuczestnika to późniejsza z dat:
      a) Przystąpienia Uczestnika,
      b) w odniesieniu do Małżonka – dzień zawarcia związku małżeńskiego z Uczestnikiem, przy czym prawo do Przystąpienia wygasa po 90 dniach od zawarcia związku małżeńskiego z Uczestnikiem,
      c) w odniesieniu do Partnera – najbliższa Rocznica, która przypada po zgłoszeniu go przez Uczestnika,
      d) w odniesieniu do Pełnoletniego Dziecka – najbliższy dzień wymagalności Składki po ukończeniu przez to dziecko 18 lat.
9. **Deklaracja Uczestnictwa (Deklaracja)** – deklaracja woli przystąpienia do ubezpieczenia – osoba, która przystępuje do ubezpieczenia, składa ją na naszym formularzu
10. **Diagnoza** – rozpoznanie Nowotworu Złośliwego dokonane i potwierdzone przez lekarza na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Za dzień postawienia Diagnozy przyjmujemy dzień wyniku tego badania
11. **Dokument Uczestnictwa** – dokument, który potwierdza Przystąpienie do ubezpieczenia – zawiera zakres i wysokość Sum Ubezpieczenia oraz Koszt Ochrony
12. **Działalność Zarobkowa** – działalność Uczestnika, którą:
    1) ten wykonuje w sposób zorganizowany i ciągły w celu osiągnięcia zysku lub dochodu oraz
    2) prowadzi we własnym imieniu i na własny lub cudzy rachunek
13. **Dziecko Uczestnika (Dziecko)** (w OWU oprócz OWU UD PGO/BDR/2024/1) – dziecko:
    1) własne Uczestnika, które urodziło się żywe, albo
    2) przysposobione przez Uczestnika,
    które nie ukończyło:
    1) 19 lat albo
    2) 25 lat – jeśli kontynuuje naukę.

    Do 18 roku życia Dziecko musi pozostawać pod władzą rodzicielską Uczestnika.

    Występuje w roli osoby, której dotyczą Zdarzenia w życiu Uczestnika obejmowane Ochroną w ramach Umów Dodatkowych
14. **Dziecko Uczestnika (Dziecko)** (w OWU PGO/BDR/2024/1) – dziecko:
    1) własne Uczestnika, które urodziło się żywe, albo
    2) przysposobione przez Uczestnika,
    które w dniu Zdarzenia ma nie więcej niż 25 lat.

    Do 18 roku życia Dziecko musi pozostawać pod władzą rodzicielską Uczestnika.

    Występuje w roli osoby, której dotyczą Zdarzenia w życiu Uczestnika obejmowane Ochroną w ramach OWU UD PGO/BDR/2024/1
15. **Dziecko Wymagające Wzmożonej Opieki Medycznej** – Dziecko, które:
    1) uzyskało mniej niż 8 punktów w skali APGAR lub
    2) urodziło się przedwcześnie, tj. przed końcem 36 tygodnia ciąży, lub
    3) ma niską urodzeniową masę ciała (poniżej 2500 g), lub
    4) ma stwierdzoną wadę wrodzoną serca lub układu nerwowego
16. **Dzień Opłacenia Składki** – dzień, w którym otrzymamy Składkę, inaczej: dzień uznania Składki na naszym rachunku bankowym
17. **Ekspert** – lekarz, który praktykuje poza Polską i jest uznawany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym danej specjalizacji. Wyboru Eksperta dokonuje Best Doctors – uwzględnia przy tym specyfikę schorzenia, którego dotyczy zgłoszenie
18. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu – pobyt, który:
    1) jest odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów oraz
    2) rozpoczął się w trakcie Ochrony
19. **Informacja Medyczna Eksperta (AskTheExpert)** – specjalistyczna ocena stanu zdrowia lub informacja o problemie zdrowotnym – ocena, którą sporządza Ekspert. Jeśli jest to możliwe na podstawie zgromadzonych informacji, Ekspert przygotowuje także propozycję sposobu leczenia
20. **Kalectwo wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Kalectwo)** – wskazane w Tabeli Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku uszkodzenie ciała będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, które następuje w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku
21. **Karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Zdarzeń będących skutkami Nieszczęśliwego Wypadku – szczegółowy opis Karencji zawarliśmy w Części III – Ograniczenia Ochrony
22. **Klauzula Kapitałowa** – aneks do Umowy, który przekształca ją w umowę z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Aneks ten podpisujemy my oraz Państwo (jako Ubezpieczający)
23. **Kontroferta** – nasza propozycja zawarcia Umowy na warunkach, które odbiegają od zawartych przez Państwa (jako Ubezpieczającego) we Wniosku
24. **Koszt Ochrony** – wycena ryzyka, które ponosimy, gdy ubezpieczamy Uczestnika (także Współuczestnika) – obowiązuje pomiędzy kolejnymi datami wymagalności Składki i uwzględnia:

1) zakres Ochrony,
2) wysokość Sumy Ubezpieczenia,
3) wynik indywidualnej oceny ryzyka danego Uczestnika

25. **Kryterium Kwalifikacji** – uzgodniony pomiędzy nami a Państwem (jako Ubezpieczającym) czynnik lub cecha, jakie musi spełniać Uczestnik, aby mógł przystąpić do ubezpieczenia. Kryterium to wskazują Państwo (jako Ubezpieczający), a my potwierdzamy je w Polisie
26. **Leczenie Specjalistyczne** – terapia, zabieg lub operacja chirurgiczna przeprowadzone w trakcie Ochrony, wskazane w Tabeli leczeń specjalistycznych – definicje podajemy w Części 4 Leksykonu – Definicje Leczeń Specjalistycznych
27. **Leczenie Szpitalne** – trwający co najmniej 4 dni (czyli 3 zmiany daty) nieprzerwany pobyt w Szpitalu. Dodatkowo Szpital musi znajdować się w:
    1) kraju, który należy lub należał do Unii Europejskiej, albo
    2) Australii, Islandii, Japonii, Kanadzie, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych Ameryki, Szwajcarii, Watykanie.

    Leczeniem Szpitalnym nie jest pobyt związany z ciążą, porodem lub połogiem – chyba że przedmiotem Leczenia Szpitalnego były:
    1) zagrożenie poronienia lub samo poronienie,
    2) ciąża pozamaciczna,
    3) zagrożenie przedwczesnym porodem spowodowane stanem zdrowia leczonej osoby,

    dzień pobytu w Szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni – dzień wypisu ze Szpitala
28. **Małżonek** – osoba, która ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 70 lat, i która w trakcie Ochrony pozostaje z Uczestnikiem w związku małżeńskim – zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym.

    Może występować w roli:
    1) Współuczestnika – jeśli Państwo (jako Ubezpieczający) o to zawnioskują, a my wyrazimy na to zgodę,
    2) osoby, której dotyczą Zdarzenia w życiu Uczestnika obejmowane Ochroną w ramach Umów Dodatkowych
29. **Nagłe Zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły w trakcie Ochrony – stan, który zagraża życiu lub zdrowiu
30. **Nieprawidłowości Zdrowotne** – każda choroba, która zgodnie z informacjami w dokumentacji medycznej:
    1) wymagała leczenia szpitalnego, regularnych konsultacji specjalistycznych, wykonywania badań lub przyjmowania leków – w ciągu 5 lat przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną z tytułu Zdarzenia w Umowie Dodatkowej – lub
    2) jest następstwem chorób, o których mowa w pkt 1), lub
    3) powodowała wystąpienie objawów, takich jak: bóle brzucha, głowy lub w klatce piersiowej o niewyjaśnionej przyczynie, powiększone węzły chłonne, zaburzenia rytmu serca, duszności, zmiany w obrębie gruczołu piersiowego, gruczołu krokowego lub narządów płciowych, gorączka o niewyjaśnionej przyczynie, postępująca utrata masy ciała – w ciągu 6 miesięcy przed objęciem Uczestnika po raz pierwszy Ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej
31. **Nieszczęśliwy Wypadek (NW)** – zdarzenie dotyczące odpowiednio Uczestnika, Małżonka lub Dziecka, które to zdarzenie spełnia wszystkie następujące warunki:
    1) jest nagłe i nie zależy od jego woli,
    2) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek jego schorzeniem fizycznym ani psychicznym,
    3) wystąpiło w czasie, gdy obejmujemy Uczestnika Ochroną
32. **Niezdolność do Pracy** – taki stan, który rozpoczyna się w trakcie naszej Ochrony, oraz:
    1) jeśli Uczestnik nie ukończył 67 lat – przez co najmniej 12 miesięcy całkowicie uniemożliwia mu wykonywanie jakiejkolwiek Działalności Zarobkowej, a po upływie tego czasu taki stan ma charakter trwały i nieodwracalny,
    2) jeśli Uczestnik jest w wieku 67–70 lat:
        a) przez co najmniej 12 miesięcy całkowicie uniemożliwia Uczestnikowi samodzielne wypełnianie co najmniej 3 z podstawowych aktywności codziennego życia (mycie się, ubieranie się, przemieszczanie się, załatwianie potrzeb fizjologicznych, spożywanie posiłków) albo
        b) oznacza utratę obu kończyn dolnych albo obu kończyn górnych, albo widzenia w obu oczach. Utrata oznacza amputację lub trwały brak możliwości posługiwania się obiema nogami, obiema rękoma albo obojgiem oczu
33. **Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – Niezdolność do Pracy, którą spowodował Nieszczęśliwy Wypadek
34. **Nowotwór Złośliwy** – guz złośliwy, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Do Nowotworów Złośliwych zaliczamy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Diagnoza Nowotworu Złośliwego musi zostać postawiona na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzona przez lekarza.

    Do Nowotworów Złośliwych nie zaliczamy:
    1) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne, w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (The American Joint Committee on Cancer, the 7th Edition TNM Classification i następne) ani
    2) nowotworów skóry – poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, ani
    3) nowotworów gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
    4) nowotworów tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
    5) nowotworów współistniejących z infekcją HIV, także (ale nie wyłącznie) chłoniaków ani mięsaków Kaposiego
35. **Ochrona Ubezpieczeniowa (Ochrona)** – podjęte przez nas względem Uczestnika zobowiązanie:
    1) do wypłaty Świadczenia w wysokości określonej w Umowie lub
    2) do dostarczenia serwisu w zakresie i w sposób określony w Umowie,

    gdy w trakcie Ochrony zajdzie Zdarzenie przewidziane w Umowie, z zastrzeżeniem ograniczeń wskazanych w OWU lub Umowie.

    Zobowiązanie to opisujemy przez podanie:
    1) definicji Zdarzenia, którego dotyczy Ochrona oraz
    2) początku i końca obowiązywania Ochrony, oraz
    3) sposobu obliczenia wysokości Świadczenia lub cechy dostarczanego serwisu, oraz
    4) okoliczności, które powodują ograniczenie naszego zobowiązania
36. **Oferta Rocznicowa** – dokument, który zawiera zakres i wysokość Ochrony oraz naszą wycenę; dokument ten wysyłamy do Państwa przed Rocznicą – zawiera propozycję warunków ubezpieczenia w kolejnym roku trwania Programu
37. **OIT (Oddział Intensywnej Terapii)/ OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej)** – wyodrębniony organizacyjnie w ramach struktur wewnętrznych Szpitala oddział wyposażony w specjalistyczną aparaturę, która umożliwia stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych pacjenta oraz podjęcie niezbędnych czynności zastępczych, gdy wystąpi u pacjenta niewydolność narządów lub układów ustroju
38. **Osierocenie Dziecka** – śmierć Uczestnika (rodzica Dziecka) w okresie, w którym obejmujemy Uczestnika Ochroną
39. **Ośrodek Rehabilitacji** – zakład opieki zdrowotnej, który:
    1) znajduje się w Polsce i
    2) prowadzi zabiegi rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym i w trybie dziennym, i
    3) ma odpowiednią infrastrukturę, i
    4) zatrudnia wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza.

    Ośrodkiem Rehabilitacji nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Ośrodkiem Rehabilitacyjnym może być szpitalny oddział rehabilitacyjny (odział rehabilitacji ogólnoustrojowej, neurologicznej) stacjonarny lub dzienny
40. **Partner** – osoba która ukończyła 18 lat, ale nie ukończyła 70 lat, wskazywana przez Uczestnika i z nim niespokrewniona, która w okresie trwania Ochrony:

1) pozostaje z Uczestnikiem w związku nieformalnym i
2) prowadzi z Uczestnikiem wspólne gospodarstwo domowe.

Uczestnik może wskazać tylko jednego Partnera na raz, ale może też w każdej w chwili odwołać jego wskazanie.

Jeśli Uczestnik wskazał Partnera, a pozostaje jednocześnie w związku małżeńskim, to Ochrona dotyczy wyłącznie Partnera.

Uczestnik może wskazać nowego Partnera w dowolnym momencie ale zmiana ta będzie obowiązywała od najbliższej Rocznicy.

Partner może występować w roli:

1) Współuczestnika – jeśli Państwo (jako Ubezpieczający) o to zawnioskują, a my wyrazimy na to zgodę – lub
2) osoby, której dotyczą Zdarzenia w życiu Uczestnika obejmowane Ochroną w ramach Umów Dodatkowych.

W przypadku wskazania Partnera przez Uczestnika wszystkie zapisy w OWU o Małżonku dotyczą Partnera. Wyjątkiem są OWU UD:

1) „Zagraniczna Druga Opinia Medyczna" nr PGO/BDR/2024/1
2) Ubezpieczenia Assistance – Wersja 2 nr PGO/AS2/2024/1

41. **Pełnoletnie Dziecko** – dziecko:
    1) własne Uczestnika albo
    2) przysposobione Uczestnika,

    które ukończyło 18 lat.

    W OWU Pełnoletnie Dziecko może występować tylko w roli Współuczestnika
42. **Placówka Medyczna** (w OWU UD PGO/AMB/2024/1) –
    1) podmiot, który współpracuje z nami w zakresie udzielania Usług Zdrowotnych lub
    2) inne zakłady opieki zdrowotnej lub lekarze, którzy wykonują Usługi Zdrowotne w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej i którzy na zlecenie podmiotów współpracujących z nami świadczą Usługi Zdrowotne
43. **Placówka Medyczna** (w OWU UD PGO/AS1/2024/1, PGO/AS2/2024/1) – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, które działają na terytorium Polski na podstawie przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej
44. **Platforma AskBestDoctors** – internetowa platforma informacyjna na stronie www.askbestdoctors.com/pol; platforma umożliwia:
    1) korzystanie z bazy informacji dotyczących kwestii zdrowotnych – od informacji ogólnych po szczegółowe wyjaśnienia na temat schorzeń i ich leczenia, w tym z zasobów Biblioteki Video On-line,
    2) wypełnianie i składanie on-line wniosków o sporządzenie Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta,
    3) przeglądanie dokumentacji medycznej.

    Uczestnik, Małżonek lub Dziecko korzystają z platformy po zaakceptowaniu regulaminu i zalogowaniu się za pomocą indywidualnego hasła
45. **Polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie z Państwem (jako Ubezpieczającym) Umowy oraz jej warunki. W szczególnych przypadkach Polisę uzupełniamy o postanowienia dodatkowe, które uzgadniamy wspólnie z Państwem (jako Ubezpieczającym). Dokument, który wystawimy po zmianie warunków lub przy przedłużaniu umowy na kolejny rok, nazywamy **Potwierdzeniem Warunków Ubezpieczenia**
46. **Poronienie** – zakończenie ciąży trwającej do końca 21 tygodnia, które:
    1) ma miejsce w trakcie trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia i
    2) jest zarejestrowane w Urzędzie Stanu Cywilnego, a Uczestnikowi wydano akt urodzenia z odpowiednią adnotacją
47. **Postępowanie Medyczne** – procedura medyczna, która rozpoczęła się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej i która została przeprowadzona podczas Hospitalizacji i wpisana do:
    1) Wykazu Postępowań Medycznych lub
    2) Wykazu Postępowań Medycznych Dziecka, lub
    3) do pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, lub
    4) Wykazu Operacji i Zabiegów, o ile jego istnienie przewiduje zakres Ochrony
48. **Poważne Zachorowanie** – jedno ze schorzeń, które wymieniamy w Tabeli Poważnych Zachorowań, w Tabeli Poważnych Zachorowań Małżonka lub w Tabeli Poważnych Zachorowań Dziecka – schorzenia te definiujemy odpowiednio w Części 2 i w Części 3 Leksykonu
49. **Poważny Stan Chorobowy** – stan chorobowy wpisany do Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, która znajduje się w OWU UD PGO/PKN/2024/1 – stan, który rozumiany jest jako:
    1) kardiologiczny lub neurologiczny problem zdrowotny Uczestnika, który polega na wystąpieniu poważnej choroby – wymieniamy je w pkt 1–6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych lub
    2) Postępowanie Medyczne konieczne do przeprowadzenia w warunkach szpitalnych na rzecz Uczestnika – wymieniamy je w pkt 7–61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych
50. **Praca w Szczególnie Niebezpiecznych Warunkach** – praca wykonywana: pod ziemią, pod wodą, w rafinerii, przy pozyskiwaniu lub zrywce drewna, na platformie wiertniczej, na wysokości powyżej 15 metrów
51. **Program Ochrony Ubezpieczeniowej (Program)** – okres, w którym udzielamy Ochrony Uczestnikom; rozpoczyna się w dniu wymagalności pierwszej Składki, jednak nie wcześniej niż w następnym dniu po Dniu Opłacenia Składki, i trwa do dnia rozwiązania Umowy lub upływu okresu, na jaki została zawarta – jeśli nie zawrzemy z Państwem kolejnej Umowy
52. **Progresja** – metoda ustalania kwoty wypłaty we wskazanym w OWU okresie, w którym stosujemy tę metodę – szczegółowy opis zawarliśmy w Części III – Ograniczenia Ochrony. Metoda może mieć zastosowanie także w Umowach Dodatkowych
53. **Przystąpienie do Ubezpieczenia (Przystąpienie)** – objęcie Uczestnika po raz pierwszy Ochroną wynikającą z Umowy
54. **Rehabilitacja** – zabiegi rehabilitacyjne przeprowadzone po Hospitalizacji związanej z:
    1) Zawałem Serca lub operacją serca (Rehabilitacja kardiologiczna) lub
    2) Udarem Mózgu Powodującym Trwałe Ubytki Neurologiczne (Rehabilitacja neurologiczna), lub
    3) uszkodzeniem narządu ruchu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (Rehabilitacja ortopedyczna).

    Rehabilitacja musi spełniać łącznie następujące warunki:
    1) zleca ją lekarz – przez wystawienie skierowania,
    2) jej celem jest zmniejszenie fizycznych i psychicznych następstw choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku oraz przywrócenie pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej Uczestnika,
    3) jest przeprowadzona w trakcie Ochrony w Ośrodku Rehabilitacji,
    4) rozpoczęła się nie później niż:
        a) 180 dni po zakończeniu Hospitalizacji w związku z incydentem neurologicznym (Udarem Mózgu Powodującym Trwałe Ubytki Neurologiczne) lub kardiologicznym (Zawałem Serca lub operacją serca),
        b) 30 dni po zakończeniu Hospitalizacji w przypadkach ortopedycznych,
    5) była płatna, a Uczestnik poniósł jej koszt, który został udokumentowany wystawieniem Uczestnikowi imiennego rachunku lub faktury, a oryginał lub poświadczona kopia tego dokumentu zostały nam dostarczone,
    6) następuje po Hospitalizacji, za którą wypłaciliśmy świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie"
55. **Rehabilitacja Dziecka** – zabiegi medyczne, które:
    1) mają na celu przywrócenie Dziecka do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej i zmniejszenie u Dziecka fizycznych i psychicznych następstw co najmniej jednej ze zdiagnozowanych u Dziecka chorób:
        a) dziecięce porażenie mózgowe (postacie spastyczne, wiotkie, z porażeniami w postaci monoplegii, diplegii, triplegii, tetraplegii),
        b) wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (przepukliny oponowo-rdzeniowe, rozszczep kręgosłupa, małogłowie, wodogłowie),
        c) wrodzone ubytki i deformacje kończyn,
        d) wrodzone wady rozwojowe wielu układów,
        e) wrodzone genetyczne zespoły aberracji chromosomów (zespół Downa, zespół Angelmana, zespół Dandy'ego-Walkera, Pentalogia Cantrella, zespół Mardena-Walkera, choroba Pelizaeusa-Merzbachera, zespół Noonan, zespół Aperta, zespół Klinefeltera, zespół Turnera, zespół Marfana, zespół Pierre'a Robina, zespół Pradera-Williego, zespół Goltza-Gorlina),
        f) następstwa chorób zapalnych oraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego,

g) dysfunkcje w następstwie uszkodzenia obwodowego układu nerwowego (uszkodzenie splotu barkowego, uszkodzenia nerwów obwodowych),
h) choroby metaboliczne układu nerwowego,
i) neuropatie (zespół Guillaina-Barrégo, rdzeniowy zanik mięśni),
j) miopatie (dystrofia mięśniowa Duchenne'a/Beckera),
k) miastenie, zaburzenia napięcia mięśniowego, opóźnienie psychoruchowe, asymetria ułożeniowa u wcześniaków i

2) są przeprowadzone w Ośrodku Rehabilitacji na podstawie skierowania, które wystawił lekarz prowadzący leczenie, i
3) rozpoczynają się w ciągu 12 pierwszych miesięcy życia tego Dziecka, i
4) są wykonane w trybie:
   a) stacjonarnym – czyli takim, który wymaga całodobowego pobytu w Ośrodku Rehabilitacji – albo
   b) dziennym – czyli takim, który nie wymaga całodobowego pobytu w Ośrodku Rehabilitacji, i
5) dotyczą Dziecka, z tytułu urodzenia którego wypłaciliśmy Uczestnikowi Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Urodzenia się Dziecka i Ryzyka Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej

56. **Rekonwalescencja** – nieprzerwany pobyt Uczestnika na zwolnieniu lekarskim przez co najmniej 14 dni – pobyt następujący po minimum 7-dniowym Leczeniu Szpitalnym, za które wypłacamy Świadczenie
57. **Rezygnacja** – złożenie przez Uczestnika (Państwu, jako Ubezpieczającemu – lub nam) pisemnego oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia. Uczestnik może zrezygnować z ubezpieczenia w dowolnym momencie. Gdy otrzymamy Rezygnację, Ochrona Uczestnika w Umowie Głównej wygaśnie po upłynięciu okresu, za jaki została opłacona Składka, która uwzględnia Koszt Ochrony danego Uczestnika
58. **Rocznica Umowy (Rocznica)** – każdy następny dzień Programu, który przypada dokładnie tego samego dnia i miesiąca, co pierwszy dzień Programu. Jeśli dniem rozpoczęcia Programu był 29 lutego, dniem Rocznicy jest każdy następny ostatni dzień lutego
59. **Rodzic** – jest nim:
   1) rodzic biologiczny Uczestnika lub Małżonka (matka, ojciec) – o ile do dnia Przystąpienia Uczestnika nie został pozbawiony władzy rodzicielskiej,
   2) osoba, która przysposobiła Uczestnika lub Małżonka (przybrana matka, przybrany ojciec),
   3) osoba pozostająca w związku małżeńskim z rodzicem biologicznym Uczestnika lub Małżonka albo z osobą, która przysposobiła Uczestnika lub Małżonka (macocha, ojczym), pod warunkiem że:
      a) związek małżeński istniał przez cały okres naszej Ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej,

      a jeżeli rodzic biologiczny albo rodzic przybrany zmarł, to:
      b) związek małżeński istniał do dnia śmierci, a po tym dniu – aż do wystąpienia Zdarzenia osoba ta nie wstąpiła w nowy związek małżeński
60. **Rok Ubezpieczenia** – każdy rok, na który zawierają Państwo (jako Ubezpieczający) z nami Umowę Główną
61. **Rozszerzenie Ochrony** – występuje, gdy:
   1) w Umowie Głównej lub w Umowie Dodatkowej uzgodnimy z Państwem dodanie nowych Zdarzeń lub ryzyk lub
   2) zawrzemy z Państwem (jako Ubezpieczającym) nowe Umowy Dodatkowe, lub
   3) wzrosną Sumy Ubezpieczenia, lub
   4) uzgodnimy z Państwem (jako Ubezpieczającym) rozszerzenie zakresu Ochrony Uczestnika
62. **Składka z Umowy (Składka)** – kwota, którą opłacają Państwo (jako Ubezpieczający) zgodnie z częstotliwością i w wysokościach wskazanych w Umowie – jest sumą Kosztów Ochrony Uczestników i Współuczestników z tytułu Umowy Głównej i Umów Dodatkowych. Składkę powinni opłacić Państwo (jako Ubezpieczający) do daty wskazanej w Polisie, tj. do dnia do dnia wymagalności Składki
63. **Staż Uczestnika w Ubezpieczeniu (Staż)** – okres, w którym Uczestnik jest w Programie – od dnia rozpoczęcia Ochrony do dnia, w którym Staż jest obliczany. Do Stażu nie wliczamy okresów Zawieszenia Ochrony
64. **Suma Ubezpieczenia** – określona kwota lub określona wielokrotność Wynagrodzenia, którą podajemy w Polisie oraz w Dokumencie Uczestnictwa. Na jej podstawie:
   1) obliczamy i wypłacamy Świadczenie oraz
   2) obliczamy Koszt Ochrony.

   Jeśli Suma Ubezpieczenia przekracza ALA, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe – szczegóły opisujemy w Części III – Ograniczenia Ochrony. Po ocenie ryzyka ubezpieczeniowego Suma Ubezpieczenia dla Uczestnika wskazana w Dokumencie Uczestnictwa może być niższa niż Suma Ubezpieczenia wskazana w Polisie. Świadczenia, jakie będziemy wypłacać, obliczymy na podstawie Sumy Ubezpieczenia, którą podajemy w Dokumencie Uczestnictwa
65. **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
   1) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia – dzięki pracy zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego – lub
   2) wykonuje zabiegi chirurgii jednego dnia – co najmniej w zakresie, który dotyczy postępowania medycznego.

   Szpitalem nie jest:
   1) ośrodek opieki dla przewlekle chorych,
   2) ośrodek leczenia uzależnień,
   3) ośrodek rehabilitacji,
   4) ośrodek sanatoryjny ani wypoczynkowy,
   5) zakład lecznictwa uzdrowiskowego – w tym szpital uzdrowiskowy ani szpital uzdrowiskowo-rehabilitacyjny,
   6) szpitalny oddział ratunkowy (SOR)
66. **Śmierć wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu** – śmierć, która jest następstwem Zawału Serca lub Udaru Mózgu, jeżeli nastąpiła w ciągu 30 dni od daty odpowiednio Zawału Serca lub Udaru Mózgu oraz jeżeli w karcie zgonu lub innym dokumencie wystawionym przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu była opisana jako spowodowana pierwotnie (wyjściowo) lub bezpośrednio przez Zawał Serca lub Udar Mózgu
67. **Śmierć wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Śmierć wskutek Wypadku przy Pracy, Śmierć wskutek Wypadku Komunikacyjnego** – śmierć, która jest następstwem odpowiednio:
   1) Nieszczęśliwego Wypadku lub
   2) Wypadku przy Pracy, lub
   3) Wypadku Komunikacyjnego,

   jeśli nastąpi w ciągu 180 dni od tego wypadku
68. **Świadczenie Dopełniające** – kwota, którą wypłacamy, jeśli zły stan zdrowia Uczestnika:
   1) uniemożliwia dalszą pracę i skutkuje rozwiązaniem umowy o pracę, wyrejestrowaniem działalności gospodarczej lub uzyskaniem decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej i
   2) jest następstwem Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza
69. **Świadczenie Lekowe** – kwota, którą wypłacamy dodatkowo, gdy wystąpią okoliczności wskazane w Części 4 Wykazu Postępowań Medycznych – pod warunkiem że zakres Umowy Dodatkowej obejmuje to świadczenie
70. **Świadczenie Ryczałtowe** – kwota którą wypłacamy dodatkowo, gdy wystąpią okoliczności wskazane w Części 3 Wykazu Postępowań Medycznych oraz w Części 3 Wykazu Postępowań Medycznych Dziecka
71. **Świadczenie Ubezpieczeniowe (Świadczenie)** – kwota, którą wypłacamy Uprawnionemu, lub serwis, który świadczymy, gdy wystąpi Zdarzenie, a my uznamy roszczenie o wypłatę lub realizację tego Świadczenia
72. **Świadczenie Uzupełniające** – Świadczenie, jakie wypłacamy dodatkowo, gdy podczas leczenia Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza, wystąpią okoliczności wskazane w Tabeli Świadczenia „Rakassistance" OWU UD PGO/PNR/2024/1
73. **Towarzystwo (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.
74. **Trwała Utrata Możliwości Samodzielnej Egzystencji** – stan choroby, który objawia się brakiem możliwości wykonywania przez minimum 6 miesięcy przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
   1) kąpiel – zdolność umycia się w wannie lub pod prysznicem (w tym wejście i wyjście z wanny lub prysznica) lub satysfakcjonujące umycie się w inny sposób,

2) ubieranie się – zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
3) przemieszczanie się – zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
4) toaleta – zdolność do korzystania z toalety lub zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza w celu utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej,
5) odżywianie się – zdolność do spożycia przygotowanego i podanego posiłku

75. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – mówimy tak o:
1) trwałym zmniejszeniu sprawności poszczególnych narządów lub organów,
2) braku części ciała,
3) zaburzeniach czynności całego organizmu w wyniku ubytków morfologicznych lub zaburzeń budowy,

które powstały w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz wystąpiły w ciągu 180 dni od Nieszczęśliwego Wypadku

76. **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne** – mówimy tak o:
1) trwałym zmniejszeniu sprawności poszczególnych narządów lub organów,
2) zaburzeniach czynności całego organizmu,

które powstały w wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne oraz wystąpiły w ciągu 180 dni od Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne

77. **Ubezpieczający (Państwo)** – słowo „Państwo" jest zwrotem grzecznościowym – tak chcemy zwracać się do Państwa (jako Ubezpieczającego) w treści OWU; osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną (ale posiadająca zdolność prawną), która zawiera z nami Umowę

78. **Uczestnik (Ty)** – osoba, na rzecz której zawierają Państwo (jako Ubezpieczający) z nami Umowę (inaczej: osoba ubezpieczona). Uczestnikiem może być:
1) osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę (za naszą zgodą także na podstawie umowy cywilno-prawnej),
2) Ubezpieczający – jeśli jest osobą fizyczną.

W OWU w pewnych przypadkach „Uczestnikiem" nazywamy również:
1) Współuczestnika,
2) osobę, która ubiega się o przystąpienie do ubezpieczenia,
3) osobę, w stosunku do której skończyła się Ochrona

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

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

80. **Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej – martwica, która:
1) jest wywołana przez przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej oraz
2) występuje ze wszystkimi poniższymi objawami:
   a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
   b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od rozpoznania schorzenia,
   c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

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

81. **Umowa Dodatkowa** – umowa, która uzupełnia Umowę Główną o określone Zdarzenia. Umowa Dodatkowa rozszerza zakres ubezpieczenia

82. **Umowa Główna** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, którą zawierają Państwo (jako Ubezpieczający) z nami na podstawie OWU

83. **Umowa Ubezpieczenia (Umowa)** – Umowa Główna oraz Umowy Dodatkowe, które są jej uzupełnieniem

84. **Uposażony** – osoba, której wypłacamy Świadczenie z tytułu Śmierci Uczestnika. Uposażonego wskazuje Uczestnik

85. **Uposażony Zastępczy** – osoba, której wypłacamy Świadczenie z tytułu Śmierci Uczestnika, gdy w chwili śmierci Uczestnika nie ma Uposażonych. Uposażonego Zastępczego wskazuje Uczestnik

86. **Uprawniony** – osoba, która ma prawo otrzymać od nas Świadczenie, gdy wystąpi Zdarzenie

87. **Urodzenie się Martwego Dziecka** – urodzenie się Uczestnikowi martwego dziecka, które:
1) ma miejsce w trakcie trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Ryzyka Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia i
2) następuje od początku 22 tygodnia ciąży, i
3) jest zarejestrowane we właściwym Urzędzie Stanu Cywilnego, a Uczestnikowi wydano akt urodzenia z odpowiednią adnotacją.

88. **Usługi Zdrowotne** – działania, które mają przywrócić zdrowie oraz zapobiec chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie – Usługi Zdrowotne obejmują: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne

89. **Wariant Ubezpieczenia/ Kategoria Ubezpieczenia (Wariant)** – zakres Zdarzeń oraz ich Wersji – jeśli Umowa Główna lub Umowa Dodatkowa je przewidują – które obejmujemy Ochroną i którym przypisujemy Sumy Ubezpieczenia i Koszt Ochrony

90. **Warunki Ogólne Umowy Dodatkowej (OWU UD**) – dokument, na podstawie którego zawieramy z Państwem (jako Ubezpieczającym) Umowę Dodatkową

91. **Warunki Ogólne Umowy Głównej (OWU)** – ten dokument oraz załączniki do niego

92. **Warunki Przystąpienia** – wskazane w Umowie warunki, jakie musi spełniać Uczestnik, aby mógł przystąpić do ubezpieczenia. W szczególności mogą to być:
1) forma stosunku prawnego łączącego Państwa (jako Ubezpieczającego) z Uczestnikiem,
2) forma relacji łączącej z innymi Uczestnikami – w przypadku Współuczestników,
3) ograniczenia wieku.

Warunki Przystąpienia wskazują Państwo (jako Ubezpieczający), a my potwierdzamy je w Polisie

93. **Warunki Szczególne Umowy Dodatkowej (SWU UD)** – dokument, którego treść uzgadniamy wspólnie z Państwem (jako Ubezpieczającym) i na podstawie którego zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową

94. **Wersja** – rodzaj Zdarzeń dostępnych w ramach Umowy Głównej lub Umowy Dodatkowej

95. **Wniosek** – deklaracja woli zawarcia Umowy, którą składają Państwo (jako Ubezpieczający) na naszym formularzu

96. **Współuczestnik** – osoba ubezpieczona (jeśli wyrazimy na to zgodę w danej Umowie), którą może być Małżonek, Partner lub Pełnoletnie Dziecko i która jednocześnie nie może przystąpić do ubezpieczenia jako Uczestnik; wszędzie tam, gdzie w OWU i OWU UD mowa o Uczestniku, postanowienia te odnoszą się także do Współuczestnika, o ile OWU i OWU UD nie stanowią inaczej

97. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na udziale:
1) w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
2) we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym)

98. **Wykaz Postępowań Medycznych** – załącznik do OWU UD PGO/HCR/2024/1 oraz OWU UD PGO/HBM/2024/1 (zwanych w tych OWU UD „Wykazem"), który zawiera:
    1) Postępowania Medyczne (część 1),
    2) Postępowania Medyczne 24+, za które wypłacimy Świadczenie, o ile Hospitalizacja z nimi związana rozpoczęła się po pierwszych 24 miesiącach nieprzerwanej Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej (część 2),
    3) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Ryczałtowe (część 3),
    4) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Lekowe (część 4),

    wraz ze wskaźnikami naliczenia Świadczenia
99. **Wykaz Postępowań Medycznych Dziecka** – załącznik do OWU UD PGO/HD2/2024/1 (zwanych w tych OWU UD „Wykazem"), który zawiera:
    1) Postępowania Medyczne (część 1),
    2) Postępowania Medyczne 24+, za które wypłacimy Świadczenie, o ile Hospitalizacja z nimi związana rozpoczęła się po upływie 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej (część 2),
    3) okoliczności, które powodują, że wypłacamy Świadczenia Ryczałtowe (część 3),

    wraz ze wskaźnikami naliczenia Świadczenia
100. **Wykaz Wynagrodzeń** – pisemna lub elektroniczna lista sporządzana przez Państwa (jako Ubezpieczającego), która zawiera kwoty Wynagrodzenia Uczestników i którą bierzemy pod uwagę, gdy Sumy Ubezpieczenia zależą od Wynagrodzenia. Wykaz Wynagrodzeń mogą Państwo aktualizować w dowolnej chwili, a zmiany Wynagrodzeń będą miały zastosowanie do Składki wymaganej po dacie aktualizacji Wykazu Wynagrodzeń i Ochrony związanej z tą składką , o ile nie będzie wymagana indywidualna ocena ryzyka ubezpieczeniowego Uczestnika
101. **Wynagrodzenie Uczestnika (Wynagrodzenie)** – kwota, o wysokości której informują nas Państwo (jako Ubezpieczający) w Wykazie Wynagrodzeń. Na podstawie tej kwoty obliczamy wysokość:
    1) Sum Ubezpieczenia oraz
    2) Kosztu Ochrony
102. **Wypadek Komunikacyjny** – Nieszczęśliwy Wypadek, który powstał w ruchu drogowym, powietrznym albo wodnym i któremu uległ Uczestnik lub Małżonek – jako:
    1) pieszy lub
    2) pasażer pojazdu szynowego, pasażerskiego statku powietrznego albo pasażerskiego statku wodnego, lub
    3) pasażer albo kierujący pojazdem silnikowym (w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym), rowerem, motorowerem albo zaprzęgiem konnym, lub
    4) kierujący pojazdem szynowym
103. **Wypadek Komunikacyjny przy Pracy** – Wypadek Komunikacyjny, który jest jednocześnie Wypadkiem przy Pracy
104. **Wypadek przy Pracy** – Nieszczęśliwy Wypadek, który nastąpił w związku ze świadczeniem przez Uczestnika (odpowiednio Małżonka) pracy w ramach istniejącego w chwili zadziałania tej przyczyny zatrudnienia Uczestnika (odpowiednio Małżonka) na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub kontraktu menedżerskiego:
    a) w przypadku Uczestnika – u Ubezpieczającego,
    b) w przypadku Współuczestnika – u dowolnego pracodawcy,
    c) w przypadku Małżonka – u dowolnego pracodawcy

    Wypadkiem przy Pracy nie jest wypadek, który ma miejsce w drodze z domu do pracy i z pracy do domu
105. **Wznowienie** – przywrócenie – po uprzednim opłaceniu Składki – za naszą zgodą po indywidualnej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego, Ochrony, która wygasła, ponieważ:
    1) co najmniej 15 dni po terminie wymagalności płatności nie otrzymaliśmy Składki albo
    2) takie było Państwa życzenie jako Ubezpieczającego
106. **Zagraniczna Druga Opinia Medyczna (InterConsultation)** – Zagraniczna Druga Opinia Medyczna lub Informacja Medyczna Eksperta
107. **Zagraniczna Opinia Lekarska** – opinia, którą sporządza Ekspert na podstawie dostarczonej mu dokumentacji medycznej. Opinia ta zawiera:
    1) weryfikację wcześniej postawionej diagnozy oraz
    2) propozycję optymalnego planu leczenia
108. **Zajęcia Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na bieguny oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub śnieżne
109. **Zawał Serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego – martwica, która:
    1) jest wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego oraz
    2) jest potwierdzona na postawie zmiany stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) – z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, oraz
    3) występuje z co najmniej jednym z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
        a) ból w klatce piersiowej,
        b) jeden z objawów EKG wskazujący na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

    Za Zawał Serca nie uznajemy dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych
110. **Zawieszenie Ochrony** – okres, w którym nie świadczymy Ochrony
111. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet lub zasiłków
112. **Zawód Szczególnie Niebezpieczny** – pirotechnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, żołnierz zawodowy (saper, pilot helikopterów i samolotów, żołnierz w jednostce specjalnej, żołnierz uczestniczący w wyjazdach na misje zagraniczne), treser zwierząt niebezpiecznych, ratownik (medyczny, chemiczny, górski, morski, drogowy, wodny) – o ile bierze udział w akcjach niebezpiecznych, opiekun zwierząt niebezpiecznych w zoo lub cyrku, korespondent wojenny, pracownik podziemnego górnictwa węglowego i kopalnictwa, strażak, funkcjonariusz mundurowych służb specjalnych, rybak pracujący na kutrze, nurek, pracownik turbin wiatrowych, kaskader, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230 V, artysta cyrkowy, akrobata, pracownik organizacji humanitarnej – o ile bierze udział w misjach na terenach zagrożonych wojną lub kataklizmem
113. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Zdarzenie)** – zdarzenie, za które ponosimy odpowiedzialność – wszystkie Zdarzenia wymieniamy w OWU i w OWU UD; Zdarzenia tworzą zakres ubezpieczenia

Część 2 – Definicje Poważnych Zachorowań (dotyczy Uczestnika lub Małżonka)

Poniższe definicje stosujemy wyłącznie na potrzeby Poważnego Zachorowania Uczestnika oraz Umowy Dodatkowej na Wypadek Poważnego Zachorowania Małżonka

1. **Amputacja kończyn** – jednorazowa utrata co najmniej dwóch kończyn, która wystąpiła:
    1) w wyniku choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku – w miejscu wypadku lub podczas zabiegu operacyjnego – oraz
    2) na poziomie stawu skokowego lub powyżej (w przypadku kończyny dolnej) oraz na poziomie nadgarstków lub powyżej (w przypadku kończyny górnej)

2. **Angioplastyka naczyń wieńcowych** – zabieg, który:
   1) polega na udrożnieniu zwężonych lub zamkniętych naczyń wieńcowych oraz
   2) jest wykonany po raz pierwszy, oraz
   3) jest wykonany przy użyciu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), angioplastyki balonowej lub innych podobnych metod, oraz
   4) zlecił go kardiolog na podstawie wyniku angiografii potwierdzającej istotne zwężenie jednej lub więcej tętnic wieńcowych
3. **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, które:
   1) powoduje zaburzenia funkcji mózgu oraz
   2) potwierdził neurolog na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące oraz na podstawie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego
4. **Całkowita i nieodwracalna utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji mowy – utrata, która:
   1) jest spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby oraz
   2) utrzymuje się nieprzerwanie przez co najmniej sześć miesięcy, oraz
   3) jest potwierdzona przez laryngologa lub neurologa.

   Za Całkowitą i nieodwracalną utratę mowy nie uznajemy utraty mowy, którą spowodowały zaburzenia psychiczne
5. **Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata możliwości słyszenia w zakresie wszystkich dźwięków – utrata, którą:
   1) spowodowały choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek oraz
   2) potwierdził laryngolog na podstawie wyniku badania audiometrycznego, zweryfikowanego badaniem audiometrii impedancyjnej.

   Za Całkowitą i nieodwracalną utratę słuchu nie uznajemy utraty słuchu, którą można skorygować terapią, aparatem słuchowym lub zabiegiem operacyjnym
6. **Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach – utrata, którą:
   1) spowodowały choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek oraz
   2) potwierdził okulista.

   Za Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku nie uznajemy utraty wzroku, którą można skorygować terapią lub zabiegiem operacyjnym
7. **Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – samoistna, przewlekła i postępująca degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, która:
   1) prowadzi do trwałego otępienia, zaniku pamięci i zaburzeń intelektualnych oraz
   2) jest potwierdzona przez neurologa na podstawie odpowiednich testów klinicznych i kwestionariuszy potwierdzających istnienie trwałych zaburzeń poznawczych (zapamiętywanie, rozumowanie oraz myślenie abstrakcyjne), oraz
   3) rozwinęła się do stadium powodującego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji.

   Za Chorobę Alzheimera powodującą trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji nie uznajemy przypadków otępienia ani innych uszkodzeń mózgu, do powstania których doszło w wyniku chorób (w tym zaburzeń psychicznych lub AIDS) lub nadużywania alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o jakich mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii)
8. **Choroba Creutzfeldta-Jakoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – postępująca nieuleczalna choroba układu nerwowego, która:
   1) prowadzi do zwyrodnienia gąbczastego tkanki mózgowej oraz
   2) powoduje szybko postępujące otępienie oraz zaburzenia funkcji ruchu, oraz
   3) jest potwierdzona przez neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym na podstawie wyników badań EEG i badań obrazowych, oraz
   4) rozwinęła się do stadium powodującego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji
9. **Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita** – nieswoista zapalna choroba jelita o przewlekłym przebiegu, która:
   1) prowadzi do wytworzenia przetoki, zwężenia lub perforacji jelita oraz
   2) skutkuje wykonaniem w trakcie leczenia częściowej resekcji jelita (cienkiego lub grubego) podczas co najmniej dwóch odrębnych operacji lub całkowitej resekcji jelita grubego, oraz
   3) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie badania histopatologicznego
10. **Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która:
    1) prowadzi do niszczenia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego i neuronów drogi piramidowej oraz
    2) jest potwierdzona przez neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych, oraz
    3) prowadzi do zaburzeń motoryki występujących nieprzerwanie przez co najmniej 3 miesiące
11. **Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, która:
    1) jest potwierdzona przez neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych oraz
    2) rozwinęła się do stadium powodującego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, oraz
    3) ma charakter postępujący i nie poddaje się leczeniu farmakologicznemu, co zostało potwierdzone na podstawie obiektywnych objawów.

    Za Chorobę Parkinsona powodującą trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji nie uznajemy przypadków choroby Parkinsona, którą wywołały czynniki toksyczne lub nadużywanie alkoholu, leków, narkotyków lub substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o jakich mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii)
12. **Ciężka sepsa (Posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, który:
    1) jest spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną oraz
    2) powoduje niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mm Hg, oraz
    3) prowadzi do niewydolności narządowej co najmniej dwóch spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby, oraz
    4) jest leczony (a jego leczenie – potwierdzone w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej) dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze.

    Za Ciężką sepsę uznajemy także wstrząs septyczny w przebiegu Ciężkiej sepsy. Nie uznajemy natomiast obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej
13. **Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, która:
    1) powoduje postępujący zanik mięśni i prowadzi do trwałych zaburzeń ich funkcji oraz
    2) jest potwierdzona przez neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), oraz
    3) rozwinęła się do stadium powodującego trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji
14. **Gruźlica leczona szpitalnie** – zakażenie prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis), które:
    1) rozwinęło się do stadium aktywnej choroby z zajęciem płuc i co najmniej jednej spośród wymienionych struktur pozapłucnych: opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego, kości, stawów, opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu oraz
    2) jest potwierdzone przez lekarza na podstawie objawów charakterystycznych dla aktywnej choroby, badań obrazowych i bakteriologicznych, oraz

3) skutkuje pobytem w szpitalu w celu przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia przeciwprątkowego.

Za Gruźlicę leczoną szpitalnie nie uznajemy samego pozytywnego wyniku skórnej próby tuberkulinowej, nawet jeśli na jego podstawie rozpoczęto leczenie przeciwprątkowe. Nie uznajemy także bezobjawowej, nieaktywnej gruźlicy płuc, która ujawniła się jedynie w badaniu radiologicznym klatki piersiowej

15. **Infekcyjne zapalenie wsierdzia** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków – zakażenie, które:
    1) występuje z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów składających się ze skrzeplin i bakterii przytwierdzonych do wsierdzia) stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych oraz
    2) jest potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub kardiologa na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia – w dwóch różnych posiewach.

    Za Infekcyjne zapalenie wsierdzia nie uznajemy zapalenia wsierdzia o etiologii innej niż infekcyjna ani zapalenia wsierdzia u osób, które przebyły operację zastawek serca
16. **Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który:
    1) skutkuje usunięciem neurochirurgicznym lub (jeśli okaże się nieoperacyjny) powoduje trwały ubytek neurologiczny przez co najmniej 3 miesiące oraz
    2) jest potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga na podstawie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

    Za Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy napadów padaczkowych, guza przysadki o średnicy poniżej 10 mm, torbieli, ziarniniaków, patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego
17. **Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, która:
    1) przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc. oraz
    2) jest potwierdzona przez hematologa na podstawie występowania minimum 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
        a) całkowita liczba granulocytów wynosi poniżej 500/mm^3,
        b) liczba płytek krwi wynosi poniżej 20 000/mm^3,
        c) liczba retykulocytów wynosi poniżej 20 000/mm^3, oraz

    3) powoduje, że Uczestnik musi być leczony w następujący sposób:
        a) przez 3 kolejne miesiące ma otrzymywać przetaczane preparaty krwiopochodne lub preparaty stymulujące czynność szpiku kostnego lub
        b) ma otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub
        c) ma poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi.

    Za Niedokrwistość aplastyczną nie uznajemy przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej
18. **Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – złośliwy guz, który:
    1) charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz
    2) powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe, oraz
    3) jest potwierdzony przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego.

    Za Nowotwory złośliwe w stadium inwazyjnym uznajemy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Nie uznajemy natomiast:
    1) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (The American Joint Committee on Cancer, the 7th Edition TNM Classification i następne) ani
    2) nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, ani
    3) nowotworów gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
    4) nowotworów tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
    5) nowotworów współistniejących z infekcją HIV, także (ale nie wyłącznie) chłoniaków ani mięsaków Kaposiego
19. **Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który jest:
    1) ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych oraz
    2) potwierdzony przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego.

    Za Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym uznajemy wyłącznie następujące zmiany chorobowe:
    1) rak nieinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (The American Joint Committee on Cancer, the 7th Edition TNM Classification i następne) wszystkich narządów poza skórą,
    2) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa,
    3) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC,
    4) nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC.

    Za Nowotwór złośliwy w stopniu przedinwazyjnym nie uznajemy dysplazji, zmian przedrakowych innych niż wymienione powyżej, nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej ani nowotworów współistniejących z infekcją HIV, także (ale nie wyłącznie) chłoniaków ani mięsaków Kaposiego
20. **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – operacja, która polega na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty piersiowej lub brzusznej (bez odgałęzień) lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem.

    Za Operację aorty nie uznajemy operacji wykonanej przy użyciu metod mikrochirurgii ani technik śródnaczyniowych, w tym przezskórnych operacji naprawczej, która polega na wprowadzeniu stentu do aorty
21. **Operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu, którą wykonano w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję na podstawie wskazań neurochirurga.

    Za Operację mózgu nie uznajemy operacji wykonanej z powodu urazu
22. **Operacja tętnicy płucnej** – operacja chirurgiczna z wykonaniem sternotomii – operacja, która polega na wycięciu tętnicy płucnej i zastąpieniu jej przeszczepem naczyniowym na podstawie wskazań kardiologa lub kardiochirurga
23. **Operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca, która:
    1) polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca oraz
    2) może być wykonana przy użyciu metod mikrochirurgii i technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca, oraz
    3) jest wskazana jako konieczna przez kardiologa na podstawie badań
24. **Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej – operacja, która:
    1) ma zlikwidować zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego oraz
    2) jest poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, oraz
    3) jest wskazana jako najodpowiedniejsze leczenie przez kardiologa.

    Za Pomostowanie aortalno-wieńcowe nie uznajemy przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych – zabiegów, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe
25. **Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej 2 kończyn – utrata, która:
    1) jest spowodowana urazem lub chorobą oraz
    2) nie rokuje poprawy, oraz

3) występuje przez co najmniej 3 miesiące, oraz
4) jest potwierdzona przez neurologa.

Za Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji nie uznajemy przypadków osłabienia siły mięśni – przypadków, które przejawiają się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej

26. **Postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która:
    1) prowadzi do całkowitego unieruchomienia chorego oraz
    2) jest potwierdzona przez neurologa na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, w tym na podstawie stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy
27. **Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które:
    1) spowodował Nieszczęśliwy Wypadek oraz
    2) powoduje wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, oraz
    3) jest potwierdzone przez neurologa na podstawie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

    Za Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji nie uznajemy: uszkodzenia rdzenia kręgowego, zaburzeń czynności lub uszkodzeń mózgu, które nie są bezpośrednim następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub są skutkiem jakiejkolwiek choroby (w tym nagłej), sytuacji, gdy do powstania Nieszczęśliwego Wypadku doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Uczestnika
28. **Przeszczep narządu** – zabieg operacyjny, który:
    1) jest wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu oraz
    2) jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia, oraz
    3) polega na przeszczepie Uczestnikowi jako biorcy serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego.

    Za Przeszczep narządu uznajemy też przeszczep szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku, jeśli przeszczepiano także komórki macierzyste krwi biorcy. Za Przeszczep narządu uznajemy także już samo zakwalifikowanie Uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep któregokolwiek z wymienionych narządów.

    Za Przeszczep narządu nie uznajemy natomiast przeszczepów innych narządów niż wymienione powyżej, przeszczepów wysp trzustkowych ani przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste – poza przypadkiem opisanym powyżej
29. **Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej, które:
    1) prowadzi do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu oraz
    2) skutkuje wykonaniem przez neurochirurga kraniotomii (operacyjnego otwarcia czaszki), aby ewakuować ropień z tkanki mózgowej, oraz
    3) jest potwierdzone tomografią komputerową (CT) lub rezonansem magnetycznym (MRI)
30. **Rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – uszkodzenie, które:
    1) osiąga III stopnień i obejmuje co najmniej 20 proc. powierzchni ciała oraz
    2) jest potwierdzone przez lekarza specjalistę zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi
31. **Schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium upośledzenia czynności obu nerek, które:
    1) jest całkowite, nieodwracalne i nierokujące poprawy oraz
    2) potwierdza nefrolog, oraz
    3) skutkuje rozpoczęciem przewlekłej dializoterapii.

    Za Schyłkową niewydolność nerek nie uznajemy ostrej niewydolności nerek, która wymaga okresowej dializoterapii
32. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc, które:
    1) powoduje znaczne obniżenie wydolności oddechowej oraz
    2) jest potwierdzone przez pulmonologa na podstawie wystąpienia wszystkich poniższych kryteriów:
        a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymuje się na poziomie poniżej 1 litra w 3 kolejnych badaniach wykonanych w odstępie co najmniej 1 miesiąca,
        b) chory musi poddawać się przewlekłej tlenoterapii z powodu obniżonego poziomu utlenowania krwi (hipoksemii),
        c) wynik badania gazometrycznego krwi tętniczej potwierdza, że ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mm Hg (pO2 < 55 mm Hg),
        d) występuje duszność spoczynkowa
33. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – niewydolność, którą potwierdził hepatolog lub gastroenterolog i która przebiega z występowaniem co najmniej 1 z poniższych objawów:
    1) trwała żółtaczka,
    2) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
    3) encefalopatia wrotna,
    4) żylaki przełyku.

    Za Schyłkową niewydolność wątroby nie uznajemy niewydolności wątroby, która jest skutkiem: spożycia lub nadużywania alkoholu, zażycia leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycia niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycia leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycia narkotyków lub niezaleconego przez lekarza zażycia substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii)
34. **Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), która:
    1) została wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi oraz
    2) przejawia się zespołem mnogich ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy, oraz
    3) jest potwierdzona przez neurologa, oraz
    4) jest poprzedzona więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji i zaburzeń czucia
35. **Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne – stan, który:
    1) trwa w sposób ciągły oraz
    2) skutkuje intubacją i mechaniczną wentylacją dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin, oraz
    3) skutkuje potwierdzonym przez neurologa trwałym, nierokującym poprawy ubytkiem neurologicznym.

    Za Śpiączkę powodującą trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy śpiączki farmakologicznej ani śpiączki, którą wywołały: spożycie lub nadużywanie alkoholu, zażycie leków w dawce większej niż zalecona przez lekarza, zażycie niezaleconych przez lekarza leków wydawanych na receptę, zażycie leków wydawanych bez recepty w dawce większej niż dopuszczana przez producenta, zażycie narkotyków lub niezalecone przez lekarza zażycie substancji działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii)
36. **Tężec leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna, która:
    1) jest wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani) oraz
    2) skutkuje podaniem dożylnie antybiotykoterapii oraz surowicy przeciwtężcowej w warunkach szpitalnych, oraz
    3) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie izolacji laseczek tężca z miejsca zakażenia lub obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi oraz 1 z następujących objawów:
        a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
        b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
        c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus)
37. **Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)** – choroba autoimmunologiczna, która:
    1) przebiega z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami stawów i zaburzeniami immunologicznymi oraz
    2) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie standardów medycznych obowiązujących w chwili jej rozpoznawania, czyli:

odchyleń w wynikach badań hematologicznych, immunologicznych oraz obecności przeciwciał przeciwjądrowych w surowicy krwi, oraz

3) objawia się zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym lub niewydolnością, co przejawia się:
   a) stałymi zaburzeniami neurologicznymi ośrodkowego układu nerwowego (zaburzeniami motorycznymi lub sensorycznymi) utrzymującymi się przez minimum 6 miesięcy,
   b) stałym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę.

Za Toczeń rumieniowaty układowy nie uznajemy tocznia polekowego ani tocznia rumieniowatego krążkowego. Za stałe zaburzenia neurologiczne nie uznajemy bólu głowy ani zaburzeń psychicznych, które występują okresowo

38. **Twardzina układowa (Sklerodermia uogólniona)** – przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o charakterze autoimmunologicznym – choroba, która:
    1) przebiega z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych oraz zajęciem chorobowym serca, płuc lub nerek oraz
    2) jest potwierdzona przez reumatologa lub dermatologa na podstawie biopsji i badań serologicznych.

    Za Twardzinę układową nie uznajemy zlokalizowanych postaci sklerodermii (w tym linijnego stwardnienia powłok lub ograniczonych plam – morphea), eozynofilowego zapalenia powięzi, zespołu CREST
39. **Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej – martwica, która:
    1) jest wywołana przez przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej oraz
    2) występuje ze wszystkimi poniższymi objawami:
       a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
       b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od rozpoznania schorzenia,
       c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

    Za Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) ani innych zmian w mózgu, które są możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych
40. **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej – operacja, która polega na usunięciu całego płuca z powodu choroby lub urazu.

    Za Usunięcie płuca nie uznajemy operacji, które polegają na usunięciu części płuca (płata lub segmentu)
41. **Wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku), która jest potwierdzona przez neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od daty początku choroby.

    Za Wirusowe zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy chorób spowodowanych wirusem HIV
42. **Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem** – nieswoista zapalna choroba jelita o ciężkim przebiegu, która:
    1) przebiega z objawami ogólnoustrojowymi, krwawą biegunką i powikłaniami w postaci rozstrzeni jelita zagrażającymi pęknięciem jego ściany oraz
    2) skutkuje całkowitym chirurgicznym usunięciem jelita grubego (kolektomia totalna), oraz
    3) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie badania histopatologicznego
43. **Wścieklizna leczona szpitalnie** – ostra choroba zakaźna, która:
    1) jest wywołana wirusem Lyssa oraz
    2) przebiega w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, oraz
    3) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie obowiązujących klinicznych kryteriów diagnostycznych i kryteriów laboratoryjnych określonych przez Państwowy Zakład Higieny, oraz
    4) wymaga leczenia w szpitalu
44. **Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba, która:
    1) wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) oraz
    2) jest potwierdzona pozytywnym wynikiem 2 testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, oraz
    3) jest wynikiem przetoczenia krwi/ preparatów krwiopochodnych, oraz
    4) wystąpiła przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
       a) Uczestnik nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani na hemofilię,
       b) krew/ preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa),
       c) przetoczenie było niezbędne z medycznego punktu widzenia,
       d) przetoczenie odbyło się w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
       e) przetoczenie nastąpiło po przystąpieniu Uczestnika do Umowy Ubezpieczenia lub rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia w kolejnej Umowie Głównej o to Poważne Zachorowanie,
       f) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od przetoczenia.

    Za Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych nie uznajemy zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/ preparatów krwiopochodnych, zwłaszcza jeśli do zakażenia doszło w wyniku kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków
45. **Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – zamknięcie światła tętnicy płucnej materiałem zatorowym – zamknięcie, które skutkuje wykonaniem w trybie nagłym zabiegu embolektomii (nacięcia tętnicy i usunięcia materiału zatorowego z pnia tętnicy płucnej) przy otwartej klatce piersiowej.

    Za Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie nie uznajemy zatoru płucnego leczonego przy użyciu metod mikrochirurgicznych, technik śródnaczyniowych ani środków farmakologicznych
46. **Zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego – martwica, która:
    1) jest wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego oraz
    2) jest potwierdzona na postawie zmiany stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) – z co najmniej 1 wartością przekraczającą 99 percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, oraz
    3) występuje z co najmniej 1 z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
       a) ból w klatce piersiowej,
       b) jeden z objawów EKG wskazujący na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

    Za Zawał serca nie uznajemy dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych

Część 3 – Definicje Poważnych Zachorowań (dotyczy Dziecka)

Poniższe definicje stosujemy wyłącznie na potrzeby Umowy Dodatkowej na Wypadek Poważnego Zachorowania Dziecka

1. **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – ostre bakteryjne zakażenie centralnego układu nerwowego, które:
   1) powoduje zaburzenia funkcji mózgu oraz
   2) potwierdził neurolog na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od daty początku choroby oraz na podstawie wyniku badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego wyniku posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego
2. **Ciężka sepsa (Posocznica)** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, który:
   1) jest spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną oraz
   2) powoduje niedociśnienie o wartościach skurczowych poniżej 90 mm Hg, oraz

3) prowadzi do niewydolności narządowej co najmniej 2 spośród następujących narządów i układów: ośrodkowego układu nerwowego, układu krążenia, układu oddechowego, układu krwiotwórczego, nerek, wątroby, oraz
4) jest leczony (a jego leczenie – potwierdzone w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej) dożylnym podawaniem antybiotyków i preparatów podwyższających ciśnienie tętnicze.

Za Ciężką sepsę uznajemy także wstrząs septyczny w przebiegu Ciężkiej sepsy. Nie uznajemy natomiast obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia zespołu ogólnoustrojowej reakcji zapalnej

3. **Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)** – cukrzyca, wymagająca leczenia insuliną z uwagi na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną pod nadzorem lekarza jest stosowane przez okres co najmniej 6 miesięcy, a rozpoznanie choroby i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę endokrynologa
4. **Infekcyjne zapalenie wsierdzia** – zakażenie wsierdzia w obrębie zastawek, komór i przedsionków – zakażenie, które:
   1) występuje z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów składających się ze skrzeplin i bakterii przytwierdzonych do wsierdzia) stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych oraz
   2) jest potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub kardiologa na podstawie dodatniego wyniku badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdzia w 2 różnych posiewach oraz w oparciu o objawy kliniczne i wyniki badań obrazowych.

   Za Infekcyjne zapalenie wsierdzia nie uznajemy zapalenia wsierdzia o etiologii innej niż infekcyjna ani zapalenia wsierdzia u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca
5. **Łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który:
   1) skutkuje usunięciem neurochirurgicznym lub (jeśli okaże się nieoperacyjny) powoduje trwały ubytek neurologiczny przez co najmniej 3 miesiące oraz
   2) jest potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga na podstawie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

   Za Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy napadów padaczkowych, guza przysadki o średnicy poniżej 10 mm, torbieli, ziarniniaków, patologii tętniczych ani żylnych naczyń mózgowych, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego
6. **Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku)** – przewlekła, nieodwracalna niewydolność szpiku kostnego, która:
   1) przebiega ze zmniejszeniem ilości komórek szpiku kostnego poniżej 25 proc. oraz
   2) jest potwierdzona przez hematologa na podstawie występowania minimum 2 spośród 3 podanych niżej nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych krwi:
      a) całkowita liczba granulocytów wynosi poniżej 500/mm^3,
      b) liczba płytek krwi wynosi poniżej 20 000/mm^3,
      c) liczba retykulocytów wynosi poniżej 20 000/mm^3, oraz
   3) wymaga następującego leczenia:
      a) przez 3 kolejne miesiące ma otrzymywać przetaczane preparaty krwiopochodne lub preparaty stymulujące czynność szpiku kostnego lub
      b) ma otrzymywać leczenie immunosupresyjne, lub
      c) ma poddać się przeszczepowi szpiku kostnego lub przeszczepowi komórek macierzystych krwi.

   Za Niedokrwistość aplastyczną nie uznajemy przejściowych lub odwracalnych postaci niedokrwistości aplastycznej
7. **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium upośledzenia czynności obu nerek, które jest:
   1) całkowite, nieodwracalne i nierokujące poprawy oraz
   2) potwierdzone przez nefrologa, oraz
   3) skutkuje rozpoczęciem przewlekłej dializoterapii.

   Za Schyłkową niewydolność nerek nie uznajemy ostrej niewydolności nerek, która wymaga okresowej dializoterapii
8. **Nowotwór złośliwy** – złośliwy guz, który:
   1) charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz
   2) powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe, oraz
   3) jest potwierdzony przez lekarza specjalistę na podstawie badania histopatologicznego, oraz
   4) musi wymagać leczenia chirurgicznego, radioterapią lub chemioterapią.

   Za Nowotwory złośliwe uznajemy także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Nie uznajemy natomiast:
   1) zmian opisanych histopatologicznie jako łagodne, przedrakowe, o niskim potencjale złośliwości i nieinwazyjne; w tym carcinoma in situ (Tis) oraz Ta według klasyfikacji AJCC (The American Joint Committee on Cancer, the 7th Edition TNM Classification i następne) ani
   2) nowotworów skóry poza czerniakiem złośliwym w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji AJCC lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, ani
   3) nowotworów gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
   4) nowotworów tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisanych jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, ani
   5) nowotworów współistniejących z infekcją HIV, także (ale nie wyłącznie) chłoniaków ani mięsaków Kaposiego
9. **Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który jest:
   1) ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych oraz
   2) potwierdzony przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego.

   Za Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności uznajemy wyłącznie następujące zmiany chorobowe:
   1) raka nieinwazyjnego – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji AJCC (The American Joint Committee on Cancer, the 7th Edition TNM Classification) wszystkich narządów poza skórą,
   2) czerniaka złośliwego skóry o grubości mniejszej lub równej 1 mm wg skali Breslowa, bez zajęcia węzłów chłonnych ani odległych przerzutów,
   3) nowotwory gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym lub równym 6 wg sumy Gleasona lub opisane jako T1N0M0 według klasyfikacji AJCC, bez zajęcia węzłów chłonnych ani odległych przerzutów,
   4) nowotwory tarczycy opisane jako T1N0MO według klasyfikacji AJCC, bez zajęcia węzłów chłonnych ani odległych przerzutów.

   Za Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności nie uznajemy nowotworów opisanych jako łagodne, niezłośliwe, o granicznej złośliwości, niskim potencjale złośliwości, dysplazji (wszystkich stopni), śródnabłonkowych neoplazji, nowotworów skóry (poza czerniakiem), raka skóry in situ, czerniaka in situ
10. **Operacja mózgu** – operacja neurochirurgiczna mózgu, którą wykonano w znieczuleniu ogólnym z dostępu przez kraniotomię lub trepanopunkcję na podstawie wskazań neurochirurga.

    Za Operację mózgu nie uznajemy operacji wykonanej z powodu urazu
11. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, które:
    1) spowodował Nieszczęśliwy Wypadek oraz
    2) powoduje wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych w stadium powodującym trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, oraz
    3) jest potwierdzone przez neurologa na podstawie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

    Za Pourazowe uszkodzenie mózgu nie uznajemy:
    1) uszkodzenia rdzenia kręgowego ani
    2) zaburzeń czynności lub uszkodzeń mózgu, które nie zostały spowodowały bezpośrednio przez Nieszczęśliwy Wypadek lub które są skutkiem choroby (w tym choroby nagłej), ani
    3) sytuacji, gdy do powstania Nieszczęśliwego Wypadku doszło z jakichkolwiek przyczyn związanych ze stanem zdrowia Dziecka.
12. **Przeszczep narządów** – zabieg operacyjny, który:
    1) jest wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu oraz

2) jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia, oraz
3) polega na przeszczepie Dziecku jako biorcy serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub szpiku kostnego.

Za Przeszczep narządu uznajemy też przeszczep szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku, jeśli przeszczepiano także komórki macierzyste krwi biorcy. Za Przeszczep narządu uznajemy także już samo zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep któregokolwiek z wymienionych narządów.

Za Przeszczep narządu nie uznajemy natomiast przeszczepów innych narządów niż wymienione powyżej, przeszczepów wysp trzustkowych ani przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste – poza przypadkiem opisanym powyżej

13. **Ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi** – miejscowe zakażenie tkanki mózgowej, które:
    1) prowadzi do powstania ogniska zakażonego materiału (ropy) w obrębie mózgu oraz
    2) skutkuje wykonaniem przez neurochirurga kraniotomii (operacyjnego otwarcia czaszki), aby ewakuować ropień z tkanki mózgowej, oraz
    3) jest potwierdzone tomografią komputerową (CT) lub rezonansem magnetycznym (MRI), oraz
    4) którego drenaż chirurgiczny musi potwierdzić jego etiologię bakteryjną lub grzybiczą, a schorzenie musi prowadzić do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się co najmniej przez 3 miesiące od zakończenia antybiotykoterapii
14. **Rozległe oparzenie** – uszkodzenie skóry powstałe w wyniku poparzenia – uszkodzenie, które:
    1) osiąga III stopnień i obejmuje co najmniej 20 proc. powierzchni ciała oraz
    2) jest potwierdzone przez lekarza specjalistę zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi
15. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – całkowita i nieodwracalna niewydolność funkcji wątroby – niewydolność, którą potwierdził hepatolog lub gastroenterolog i która przebiega z występowaniem co najmniej 1 z poniższych objawów:
    1) trwała żółtaczka,
    2) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
    3) encefalopatia wrotna,
    4) żylaki przełyku.

    Za Schyłkową niewydolność wątroby nie uznajemy niewydolności, która jest skutkiem nadużywania leków, narkotyków lub alkoholu
16. **Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby fizjologiczne – stan, który:
    1) trwa w sposób ciągły oraz
    2) skutkuje intubacją i mechaniczną wentylacją dla podtrzymania życia przez co najmniej 96 godzin, oraz
    3) skutkuje potwierdzonym przez neurologa trwałym, nierokującym poprawy ubytkiem neurologicznym.

    Za Śpiączkę powodującą trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy śpiączki farmakologicznej ani śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu lub innych substancji odurzających
17. **Tężec leczony szpitalnie** – ostra choroba zakaźna, która:
    1) jest wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczkę tężca (Clostridium tetani) oraz
    2) wymaga dożylnej antybiotykoterapii oraz podania surowicy przeciwtężcowej w warunkach szpitalnych, oraz
    3) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie izolacji laseczek tężca z miejsca zakażenia lub obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi oraz 1 z następujących objawów:
        a) bolesne skurcze mięśni żuchwy lub karku (tzw. szczękościsk lub uśmiech sardoniczny),
        b) bolesne skurcze mięśni tułowia,
        c) łukowate wygięcie ciała (opistotonus)
18. **Wirusowe zapalenie mózgu** – ciężka infekcja wirusowa mózgu (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku), która jest potwierdzona przez neurologa na podstawie wystąpienia trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się dłużej niż 3 miesiące od daty początku choroby.

    Za Wirusowe zapalenie mózgu nie uznajemy choroby spowodowanej wirusem HIV
19. **Wścieklizna** – ostra choroba zakaźna, która:
    1) jest wywołana wirusem Lyssa oraz
    2) przebiega w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, oraz
    3) jest potwierdzona przez lekarza na podstawie obowiązujących klinicznych kryteriów diagnostycznych i kryteriów laboratoryjnych określonych przez Państwowy Zakład Higieny, oraz
    4) wymaga leczenia w szpitalu
20. **Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych** – choroba, która:
    1) wyniszcza układ immunologiczny (odpornościowy) oraz
    2) jest potwierdzona pozytywnym wynikiem 2 testów: testu na przeciwciała anty-HIV (ELISA) oraz testu Western Blot lub PCR, oraz
    3) jest wynikiem przetoczenia krwi/ preparatów krwiopochodnych, oraz
    4) występuje przy spełnieniu wszystkich poniższych warunków:
        a) Dziecko nie choruje na ciężką postać talasemii (thalassaemia maior) ani na hemofilię,
        b) krew/ preparaty krwiopochodne pochodziły z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa),
        c) przetoczenie było niezbędne z medycznego punktu widzenia,
        d) przetoczenie odbyło się w uprawnionej do tego placówce służby zdrowia,
        e) przetoczenie nastąpiło po przystąpieniu Uczestnika do Umowy lub rozszerzeniu zakresu o to Poważne Zachorowanie,
        f) serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od przetoczenia.

    Za Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych nie uznajemy zakażenia innymi drogami niż przetoczenie krwi/ preparatów krwiopochodnych, zwłaszcza jeśli do zakażenia doszło w wyniku kontaktów seksualnych lub dożylnego przyjmowania narkotyków
21. **Zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu – zapalenie, które jest potwierdzone przez neurologa i powoduje trwały ubytek neurologiczny trwający przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy
22. **Zapalenie opon mózgowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o ciężkim przebiegu, które:
    1) jest potwierdzone przez neurologa na podstawie m.in. badania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz
    2) skutkuje trwałym ubytkiem neurologicznym trwającym przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy

Część 4 – Definicje Leczeń Specjalistycznych

1. **Ablacja** – zabieg kardiologiczny wykonywany w pracowni elektrofizjologii, który polega na zniszczeniu, najczęściej energią termiczną, obszaru serca będącego źródłem arytmii
2. **Chemioterapia lub Radioterapia** – metoda ogólnoustrojowego leczenia najczęściej nowotworów za pomocą leków cytostatycznych podawanych drogą pozajelitową i/lub za pomocą promieniowania jonizującego
3. **Dializoterapia** – leczenie za pomocą dializy, które podtrzymuje życie pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek
4. **Leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej** – zlecone przez lekarza podawanie insuliny metodą ciągłego podskórnego wlewu, które umożliwia najlepsze naśladowanie fizjologicznego rytmu wydzielania insuliny. Metoda umożliwia precyzyjne regulowanie ilości dostarczanej insuliny podczas posiłku, wysiłku fizycznego czy zmieniającego się rytmu dnia, i stanowi tym samym dobre rozwiązanie u osób z dużymi wahaniami poziomu cukru
5. **Mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami** – metoda leczenia sercowopochodnej niewydolności krążenia – metoda która polega na mechanicznym wspomożeniu pracy serca
6. **Przeszczepienie komórek przytarczyc** – metoda leczenia, która polega na pobraniu od dawcy komórek przytarczyc i wszczepieniu ich osobie chorej na schorzenia przytarczyc wymagających przeszczepu
7. **Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych** – metoda leczenia, która polega na pobraniu od dawcy wysp trzustkowych z komórkami produkującymi insulinę i wszczepieniu ich osobie chorej na cukrzycę

8. **Przeszczep rogówki** – okulistyczny zabieg chirurgiczny, który polega na zastąpieniu części lub całej chorej tkanki zdrową rogówką pobraną od dawcy
9. **Przezskórne wszczepianie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca** – zabieg stosowany w przypadku ciężkiego zwężenia lub niedomykalności zastawki – zabieg, który polega na wymianie zastawki bez konieczności operacji kardiochirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej
10. **Terapia interferonowa** – metoda leczenia różnych schorzeń, w tym wirusowego zapalenia wątroby typu C, która polega na podawaniu drogą pozajelitową interferonu
11. **Tlenoterapia w warunkach domowych** – zlecona przez lekarza metoda leczenia znana również jako DLT (domowe leczenie tlenem) – nowoczesny sposób leczenia osób cierpiących z powodu zdiagnozowanej niewydolności oddechowej na skutek przewlekłych chorób płuc, w tym choroby obturacyjnej płuc – sposób, który polega na dostarczeniu do organizmu w krótkim czasie oraz bez wysiłku dodatkowej porcji tlenu – aby zredukować duszności oraz poprawić ogólne samopoczucie. Tlenoterapia w warunkach domowych jest przeprowadzna przy użyciu koncentratora tlenu
12. **Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora** – zabieg kardiologiczny, który polega na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, 1 lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem zaszytym pod skórą na klatce piersiowej – urządzeniem, które służy do przerwania groźnej dla życia arytmii i przywróceniu rytmu zatokowego serca
13. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca)** – zabieg kardiologiczny, który polega na umieszczeniu w sercu, poprzez układ żył, 1 lub więcej elektrod i połączeniu ich z urządzeniem zaszytym pod skórą na klatce piersiowej – urządzeniem, które służy do elektrycznego pobudzania rytmu serca
14. **Żywienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych** – podawanie białka lub źródeł białka, tłuszczów, węglowodanów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody – przy użyciu diet innych niż naturalne, w sposób inny niż doustnie (przez specjalne cewniki żylne albo przez wytworzenie przetoki i założenie sztucznego dostępu) wykonywane w domu chorego i połączone z kompleksową opieką nad nim

II. UMOWA GŁÓWNA

W tej części znajdą Państwo opis naszej Ochrony.
To, jak zawrzemy z Państwem Umowę i jak będziemy ją wykonywać, opisuje Część V – Przewodnik dla Ubezpieczającego.

§ 1

1. Umowę Główną oraz Umowy Dodatkowe zawierają Państwo (jako Ubezpieczający) i my (jako Towarzystwo).
2. Treść Umowy tworzą:
   1) OWU,
   2) załączniki do OWU,
   3) OWU UD,
   4) załączniki do OWU UD,
   5) Wniosek z załącznikami,
   6) Polisa albo Potwierdzenie Warunków Ubezpieczenia,
   7) Dokumenty Uczestnictwa.
3. Umowa Główna oraz Umowy Dodatkowe tworzą Umowę. Jeśli dodatkowo zawrą Państwo Klauzulę Kapitałową, Umowa stanie się Umową Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, a treść Klauzuli Kapitałowej stanie się częścią Umowy.

Co muszą, a co mogą Państwo ubezpieczyć w Umowie Głównej

4. W Umowie Głównej podstawowym Zdarzeniem jest zawsze Śmierć Uczestnika – to Zdarzenie muszą Państwo ubezpieczyć.
5. Mogą Państwo rozszerzyć zakres ubezpieczenia w Umowie Głównej o następujące Zdarzenia:
   1) Niezdolność Uczestnika do Pracy albo Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – jedno z tych Zdarzeń lub
   2) Poważne Zachorowanie Uczestnika – w Wersji 1, 2 lub 3, lub
   3) Osierocenie Dziecka.
6. Sumę Ubezpieczenia z tytułu poszczególnych Zdarzeń dla Umowy oraz ALA wskazujemy w Polisie.
7. Sumę Ubezpieczenia z tytułu poszczególnych Zdarzeń dla Uczestnika wskazujemy w Dokumencie Uczestnictwa.
8. Zakres ubezpieczenia mogą Państwo rozszerzyć także o Zdarzenia wymienione w Umowach Dodatkowych – opisujemy je w Części IV – Umowy Dodatkowe.
9. Zdarzenia wymienione w Umowach Dodatkowych mogą dotyczyć życia lub zdrowia Uczestnika lub zdarzeń w życiu Uczestnika, które dotyczą osób bliskich:
   1) Małżonka albo
   2) Partnera – jeśli Państwo o to zawnioskują, a my wyrazimy na to zgodę. W takim przypadku postanowienia OWU UD, które dotyczą Małżonka, stosujemy też do Partnera, poza wyjątkami wskazanymi w definicji Partnera. Jeśli Uczestnik wskazał Partnera, a pozostaje jednocześnie w związku małżeńskim, to Ochrona dotyczy wyłącznie Partnera, oraz
   3) Dziecka, oraz
   4) Rodzica.
10. Umowa może zakładać odmienne parametry ubezpieczenia w ramach jego Wariantów, m.in. Kosztu Ochrony, ALA, Sum Ubezpieczenia oraz zakresu Ochrony. Parametry ubezpieczenia w danym Wariancie obowiązują wszystkich Uczestników, którym dany Wariant został przypisany.

Ochrona z tytułu Śmierci Uczestnika

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy życie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Śmierć Uczestnika, która wystąpi w trakcie Ochrony.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik umrze w trakcie Ochrony, wypłacimy 100% Sumy Ubezpieczenia – która będzie obowiązywać w dniu Śmierci Uczestnika.
4. Jeśli mimo wygaśnięcia Ochrony:
   1) w ciągu 180 dni od uznania przez nas roszczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy albo Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Uczestnik umrze z tej samej przyczyny oraz
   2) Suma Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika przewyższa Sumę Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy albo Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

   wypłacimy osobom uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Śmierci Uczestnika Świadczenie w wysokości różnicy między:
   1) Sumą Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika – która będzie obowiązywać w dniu śmierci Uczestnika – a
   2) kwotą wypłaconego wcześniej Świadczenia – odpowiednio z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy albo Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

5. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III – Ograniczenia Ochrony, ale w Umowie obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
6. W odniesieniu do Śmierci Uczestnika stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przez Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
   3) Rozszerzenia Ochrony,
   4) Wznowienia.

Ochrona z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Niezdolność Uczestnika do Pracy.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik osiągnie stan Niezdolności do Pracy, wypłacimy 100% Sumy Ubezpieczenia z dnia, gdy Uczestnik:
   1) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek Działalności Zarobkowej albo
   2) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do samodzielnej egzystencji lub utracił obie nogi, obie ręce lub widzenie w obojgu oczach.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

4. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III – Ograniczenia Ochrony, ale w Umowie obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
5. W odniesieniu do Niezdolności Uczestnika do Pracy stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w roku poprzedzającym Przystąpienie przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
   3) Rozszerzenia Ochrony,
   4) Wznowienia.
6. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy, jeśli Niezdolność Uczestnika do Pracy wystąpi jako skutek stanów chorobowych, które są odnotowane w dokumentacji medycznej Uczestnika i zostały rozpoznane lub leczone u Uczestnika w ciągu 5 lat, zanim objęliśmy go po raz pierwszy Ochroną z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy.
7. Jeśli Niezdolność Uczestnika do Pracy i Poważne Zachorowanie Uczestnika będą miały tę samą przyczynę, wypłacimy łącznie kwotę równą wyższemu Świadczeniu za te Zdarzenia.

Ochrona z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 4

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik osiągnie stan Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy 100% Sumy Ubezpieczenia z dnia, gdy Uczestnik:
   1) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek Działalności Zarobkowej albo
   2) rozpoczął co najmniej 12-miesięczny okres niezdolności do samodzielnej egzystencji lub utracił obie nogi, obie ręce lub widzenie w obojgu oczach.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

4. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III – Ograniczenia Ochrony, ale w Umowie obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
5. Jeśli Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i Poważne Zachorowanie Uczestnika będą miały tę samą przyczynę, wypłacimy łącznie kwotę równą wyższemu Świadczeniu za te Zdarzenia.

Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika

§ 5

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest wystąpienie w trakcie Ochrony Poważnego Zachorowania. Definicje Poważnych Zachorowań znajdą Państwo w Części 2 Leksykonu.
3. Zdarzenia tworzą 3 Wersje – Państwo wybierają jedną z nich:
   1) 11 Poważnych Zachorowań – w Wersji 1,
   2) 21 Poważnych Zachorowań – w Wersji 2,
   3) 46 Poważnych Zachorowań – w Wersji 3.
4. Każde Poważne Zachorowanie zakwalifikowaliśmy do jednej z pięciu grup Poważnych Zachorowań. Podział na Wersje i grupy pokazujemy w Tabeli Poważnych Zachorowań.
5. Jeśli Uczestnik, który przystępuje do ubezpieczenia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia, w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata, Ochrona obejmie wyłącznie następujące Poważne Zachorowania:
   1) w Wersji 1: Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Operacja aorty, Przeszczep narządów, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Rozległe oparzenie,
   2) w Wersji 2: Amputacja kończyn, Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku), Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Operacja aorty, Przeszczep narządów, Rozległe oparzenie, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne,
   3) w Wersji 3: Amputacja kończyn, Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Ciężka sepsa (Posocznica), Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku), Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Operacja aorty, Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji, Przeszczep narządów, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne, Rozległe oparzenie.
6. Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania wskazujemy w Tabeli 1 poniżej.

Tabela 1

Lp.	Poważne Zachorowanie	Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania
1.	Angioplastyka naczyń wieńcowych Operacja aorty Operacja mózgu Operacja tętnicy płucnej Operacja zastawek serca Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass) Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię Usunięcie płuca (Pneumonektomia) Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	wykonanie zabiegu/ operacji
2.	Gruźlica leczona szpitalnie	wykonanie badania diagnostycznego, na podstawie którego rozpoznano tą gruźlicę, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne

Lp.	Poważne Zachorowanie	Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania
3.	Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkującego jego usunięciem	wykonanie badania histopatologicznego, na podstawie którego rozpoznano Poważne Zachorowanie
4.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	upłynięcie 6 miesięcy od wystąpienia tej utraty
5.	Przeszczep narządów	zakwalifikowanie Uczestnika na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania Przeszczepu narządu – jeśli Uczestnik nie był na liście biorców
6.	Amputacja kończyn Rozległe oparzenia Toczeń rumieniowaty układowy (SLE) Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych Zawał serca	postawienie przez lekarza diagnozy, która potwierdziła wystąpienie Poważnego Zachorowania
7.	Ciężka sepsa (Posocznica) Tężec leczony szpitalnie Wścieklizna leczona szpitalnie	postawienie przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych
8.	pozostałe Poważne Zachorowania	postawienie diagnozy (przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania), która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

7. Gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, wypłacimy Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego zachorowania i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli Poważnych Zachorowań, który odpowiada temu Poważnemu Zachorowaniu.
8. Gdy wypłacimy Świadczenie z grupy I, skończy się Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania. Oznacza to, że nie wypłacimy więcej Świadczeń z tego tytułu.
9. Gdy wypłacimy Świadczenie z grup II–IV, skończy się Ochrona z tytułu Poważnych Zachorowań danej grupy oraz z tytułu Poważnych Zachorowań z grupy I.
10. Trzecia wypłata z grup II–IV wyniesie 10% Świadczenia, które wynika z Tabeli Poważnych Zachorowań.
11. Za każdym razem, gdy obliczamy Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania z grupy V, sumujemy wskaźniki naliczania Świadczenia, które były przypisane wcześniej wypłaconym Świadczeniom. Jeśli suma ta przekroczy 100%, kończy się Ochrona z tytułu grupy V, a wskaźnik naliczenia Świadczenia dla ostatniej wypłaty z grupy V będzie obniżony do takiej wysokości, aby suma wskaźników użytych do wypłat nie przekroczyła 100%. Zasada ta nie dotyczy Świadczenia z tytułu Gruźlicy leczonej szpitalnie – w tym przypadku wypłacamy Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, ale nie więcej niż 15 000 zł.
12. Za to samo Poważne Zachorowanie z grupy V wypłacimy Świadczenie tylko raz.
13. Jeśli Uczestnik podda się Angioplastyce naczyń wieńcowych, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania do 15 000 złotych. Jeśli zabieg ten zostanie wykonany w okresie, w którym stosujemy zasady Progresji, ustalimy wysokość Świadczenia zgodnie z zasadami Progresji.
14. Wypłata Świadczenia za Angioplastykę naczyń wieńcowych nie wpływa na uprawnienia do pozostałych Świadczeń ani na ich liczbę.
15. Wypłacimy więcej niż jedno Świadczenie pod warunkiem, że okres pomiędzy wystąpieniem kolejnych Poważnych Zachorowań wyniesie przynajmniej 365 dni.

Przykład: Suma Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania wynosi 20 000 zł. Uczestnik zgłosił wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu Gruźlicy leczonej szpitalnie. Zgodnie z Tabelą Poważnych Zachorowań wskaźnik do naliczenia Świadczenia dla tego Poważnego Zachorowania wynosi 100%, jednak Świadczenie jest limitowane – może wynosić nie więcej niż 15 000 zł. Ponieważ Suma Ubezpieczenia przewyższa wskazaną wartość, wypłacimy 15 000 zł.

Tabela Poważnych Zachorowań

Lp.	Poważne Zachorowanie	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Co się dzieje z Ochroną po wypłacie Świadczenia z grupy
		Wskaźnik naliczenia Świadczenia (przed uwzględnieniem Progresji, jeśli ma ona zastosowanie)			
Grupa I					
1.	Przeszczep narządów	100%	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań
2.	Schyłkowa niewydolność nerek	100%	100%	100%	
3.	Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	100%	
4.	Schyłkowa niewydolność oddechowa	--	--	100%	
5.	Schyłkowa niewydolność wątroby	--	100%	100%	
6.	Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne	--	100%	100%	
Grupa II					
7.	Angioplastyka naczyń wieńcowych	--	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	Wypłata: - nie kończy Ochrony, która dotyczy pozostałych Poważnych Zachorowań z grupy II - nie zmniejsza liczby możliwych do uzyskania Świadczeń

Lp.	Poważne Zachorowanie	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Co się dzieje z Ochroną po wypłacie Świadczenia z grupy
		Wskaźnik naliczenia Świadczenia (przed uwzględnieniem Progresji, jeśli ma ona zastosowanie)			
8.	Operacja aorty	100%	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy II – poza Angioplastyką naczyń wieńcowych
9.	Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass)	100%	100%	100%	
10.	Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	100%	
11.	Zawał serca	100%	100%	100%	
12.	Operacja zastawek serca	--	100%	100%	
13.	Zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	--	--	100%	
Grupa III					
14.	Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	100%	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy III
15.	Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne	--	100%	100%	
16.	Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku)	--	100%	100%	
Grupa IV					
17.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	100%	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy IV
18.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%	100%	100%	
19.	Rozległe oparzenie	100%	100%	100%	
20.	Amputacja kończyn	--	100%	100%	
21.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	--	100%	100%	
22.	Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	--	100%	100%	
Grupa V					
23.	Gruźlica leczona szpitalnie	--	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	Wypłata nie kończy Ochrony, która dotyczy pozostałych Poważnych Zachorowań z grupy V
24.	Choroba Alzheimera powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	--	--	50%	Jeśli wypłata wyczerpała Sumę Ubezpieczenia, wygasa Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy V
25.	Choroba Creutzfeldta-Jacoba powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	--	--	50%	
26.	Choroba neuronu ruchowego (Stwardnienie zanikowe boczne) powodująca trwałe ubytki neurologiczne prowadzące do zaburzeń motoryki	--	--	50%	
27.	Choroba Parkinsona powodująca trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	--	--	50%	
28.	Dystrofia mięśniowa powodująca trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	--	--	50%	
29.	Twardzina układowa (Sklerodermia uogólniona)	--	--	50%	
30.	Postępujące porażenie nadjądrowe	--	--	50%	
31.	Pourazowe uszkodzenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne i trwałą utratę możliwości samodzielnej egzystencji	--	--	50%	
32.	Toczeń rumieniowaty układowy (SLE)	--	--	50%	
33.	Usunięcie płuca (Pneumonektomia)	--	--	50%	
34.	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo--rdzeniowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne	--	--	25%	
35.	Choroba Leśniowskiego-Crohna skutkująca rozległą resekcją jelita	--	--	25%	
36.	Ciężka sepsa (Posocznica)	--	--	25%	
37.	Infekcyjne zapalenie wsierdzia	--	--	25%	
38.	Operacja mózgu	--	--	25%	
39.	Operacja tętnicy płucnej	--	--	25%	

Lp.	Poważne Zachorowanie	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Co się dzieje z Ochroną po wypłacie Świadczenia z grupy
		Wskaźnik naliczenia Świadczenia (przed uwzględnieniem Progresji, jeśli ma ona zastosowanie)			
40.	Ropień mózgu skutkujący drenażem przez kraniotomię	--	--	25%	Jeśli wypłata wyczerpała Sumę Ubezpieczenia, wygasa Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy V
41.	Tężec leczony szpitalnie	--	--	25%	
42.	Wirusowe zapalenie mózgu	--	--	25%	
43.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego skutkujące jego usunięciem	--	--	25%	
44.	Wścieklizna leczona szpitalnie	--	--	25%	
45.	Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	--	--	25%	
46.	Nowotwór złośliwy w stadium przedinwazyjnym	--	--	10%	

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

16. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III – Ograniczenia Ochrony, ale w Umowie obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
17. W odniesieniu do Poważnego Zachorowania stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
    1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
    3) Rozszerzenia Ochrony,
    4) Wznowienia.
18. W odniesieniu do Poważnego Zachorowania, w okresie 90 dni od:
    1) Przystąpienia,
    2) Wznowienia,
    3) Rozszerzenia Ochrony,

    stosujemy zasady Progresji, a wysokość Świadczenia ograniczamy w taki sposób, że po uwzględnieniu Progresji nie będzie ono wyższe niż wyższa z tych kwot: ALA albo 100 000 zł.
19. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, jeśli:
    1) wystąpi ono w ciągu 5 lat od pierwszego dnia udzielenia Uczestnikowi Ochrony z tytułu danego Poważnego Zachorowania i jeśli przed tym dniem u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
        a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
        b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału serca,
        c) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu) albo Angioplastyki naczyń wieńcowych,
    2) Uczestnik umrze w ciągu:
        a) 30 dni od powstania Poważnego Zachorowania – w przypadku: Niedokrwistości aplastycznej (Aplazji szpiku), Nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, Porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, Przeszczepu narządów, Rozległego oparzenia, Śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne, Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne – chyba że śmierć Uczestnika będzie skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który nie będzie przyczyną Poważnego Zachorowania,
        b) 14 dni od powstania Poważnego Zachorowania – w przypadku: Amputacji kończyn, Łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Operacji aorty, Operacji zastawek serca, Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu), Zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, Zawału serca – chyba że śmierć Uczestnika będzie skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który nie będzie przyczyną Poważnego Zachorowania,
    3) Poważne Zachorowanie będzie skutkiem chorób, które są odnotowane w dokumentacji medycznej Uczestnika i zostały rozpoznane lub leczone u Uczestnika w ciągu 5 lat, zanim objęliśmy go po raz pierwszy Ochroną z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika,
    4) będzie to 2 lub 3 Świadczenie za Poważne Zachorowanie z grupy I–IV, jeśli wystąpi ono w ciągu 365 dni od poprzedniego Poważnego Zachorowania.

Ochrona z tytułu Osierocenia Dziecka

§ 6

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Osierocenie Dziecka – osierocenie, które jest skutkiem śmierci Uczestnika jako rodzica Dziecka w trakcie naszej Ochrony.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Uczestnik osieroci Dziecko, wypłacimy każdemu Dziecku Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia, która będzie obowiązywać w dniu Śmierci Uczestnika.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III – Ograniczenia Ochrony, ale w Umowie obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
4. W odniesieniu do Osierocenia Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
    1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w roku poprzedzającym Przystąpienie przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
    3) Rozszerzenia Ochrony,
    4) Wznowienia.

III. OGRANICZENIA OCHRONY

§ 7

ZASADY OGÓLNE

W tej części zawarliśmy informacje na temat ograniczeń naszej odpowiedzialności – kogo one dotyczą, na czym polegają i w jakich sytuacjach są stosowane.
Opisaliśmy również podstawowe narzędzia tego ograniczania, czyli Karencję i Progresję.

Ochronę ograniczają: Karencja, Progresja, ocena ryzyka ubezpieczeniowego, ograniczenia dodatkowe i ewentualne postanowienia dodatkowe.

1. Karencja

Czym jest Karencja

1) Karencja to okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem. Okres ten wskazujemy w Umowie Głównej oraz w określonych Umowach Dodatkowych w części: Jakie są ograniczenia naszej Ochrony.

Kogo dotyczy Karencja i co obejmuje

2) Karencja może dotyczyć:
   a) Uczestnika, który przystępuje do ubezpieczenia – dotyczy to Zdarzeń, które obejmujemy Ochroną i które nie są spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem,
   b) Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe – dotyczy to Zdarzeń, które obejmujemy Ochroną i które nie są spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem,
   c) Uczestnika, którego obejmuje przypadek Wznowienia – dotyczy to Zdarzeń, które obejmujemy Ochroną i które nie są spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem,
   d) Uczestnika, którego obejmuje przypadek Rozszerzenia Ochrony – obejmuje to tę część Sumy Ubezpieczenia, o którą wzrosła Suma Ubezpieczenia lub nowy zakres w Ochronie.

Kiedy zaczyna się Karencja

3) Karencja w stosunku do danego Uczestnika zaczyna się w dniu:
   a) Przystąpienia,
   b) Wznowienia,
   c) Rozszerzenia Ochrony.

Jak długo trwa Karencja

4) Długość trwania Karencji wskazujemy w Umowie Głównej oraz w Umowach Dodatkowych.

2. Progresja

Czym jest Progresja

1) Progresja jest metodą ustalania kwoty wypłaty w okresie, który wskazujemy w Umowie Głównej oraz w określonych Umowach Dodatkowych w części: Jakie są ograniczenia naszej Ochrony – o ile w tym okresie nie stosujemy Karencji. Jeśli w tym samym czasie okres Karencji pokrywa się z okresem, w którym stosujemy Progresję, wówczas stosujemy wyłącznie Karencję.

Jakie są zasady stosowania Progresji

2) Okres, w którym stosujemy Progresję, dzielimy na 3 równe części. W zależności od tego, kiedy wystąpi Zdarzenie, wypłacimy wskazaną część Świadczenia – zgodnie z OWU lub OWU UD. Jeśli Zdarzenie wystąpi:
   a) w pierwszej części tego okresu, wypłacimy 10% Świadczenia,
   b) w drugiej części tego okresu, wypłacimy 40% Świadczenia,
   c) w trzeciej części tego okresu, wypłacimy 70% Świadczenia.

   Progresji nie stosujemy, jeśli Zdarzenie zostanie spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem.

3. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego

Kogo dotyczy ocena ryzyka ubezpieczeniowego

1) Każda osoba przystępująca do ubezpieczenia podlega wstępnej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego.

Na czym polega wstępna ocena ryzyka ubezpieczeniowego

2) Wstępną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzimy na podstawie informacji z Deklaracji. Po zakończeniu tej oceny mamy prawo odmówić przyjęcia Uczestnika do ubezpieczenia. Podczas przeprowadzania wstępnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego nie świadczymy Ochrony na rzecz danego Uczestnika.

Na czym polega indywidualna ocena ryzyka ubezpieczeniowego

3) Po zakończeniu wstępnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile nie wiązała się ona z odmową przyjęcia do ubezpieczenia oraz Suma Ubezpieczenia przekracza ALA, przeprowadzimy indywidualną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. Do czasu jej zakończenia będą obowiązywały Sumy Ubezpieczenia nie większe niż ALA. W ramach tej oceny mamy prawo:
   a) poprosić Uczestnika o udzielenie dodatkowych informacji na temat stanu zdrowia Uczestnika w zakresie zawartym w Deklaracji lub kwestionariuszu medycznym
   b) poprosić Uczestnika o dostarczenie nam zaświadczeń i wyników badań, które dotyczą stanu zdrowia Uczestnika, jak również innych dokumentów, które pozwolą nam ocenić ryzyko m.in. związane z wykonywanym zawodem, ryzyko pozazawodowe oraz ryzyko finansowe,
   c) zlecić Uczestnikowi – na nasz koszt – badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych).
4) Na podstawie indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego możemy:
   a) obniżyć wysokości wybranych Sum Ubezpieczenia, ale do wysokości nie mniejszej niż ALA lub
   b) zmienić wysokość Kosztu Ochrony, lub
   c) zmienić zakres ubezpieczenia, lub
   d) przyjąć do ubezpieczenia na odmiennych warunkach, lub
   e) odmówić przyjęcia do ubezpieczenia, lub
   f) określić datę, od której będziemy świadczyć Ochronę.
5) Wysokości Sum Ubezpieczenia dla Uczestnika, określony dla nich Koszt Ochrony, datę początku Ochrony oraz ewentualne odstępstwa od OWU określimy w Dokumencie Uczestnictwa, który w przypadku przyjęcia do ubezpieczenia przekażemy po zakończonej indywidualnej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego.
6) Jeśli Suma Ubezpieczenia przekracza ALA, indywidualną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego możemy przeprowadzić również:
   a) w przypadku Wznowienia
   b) Rozszerzenia Ochrony
   c) przed każdym podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia.
7) Do czasu zakończenia indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego obowiązują:
   a) Sumy Ubezpieczenia nie większe niż ALA – w przypadku Przystąpienia lub Wznowienia – albo
   b) dotychczasowe Sumy Ubezpieczenia – w przypadku wniosku o ich podwyższenie.

4. Ograniczenia dodatkowe – są to dodatkowe ograniczenia naszej Ochrony, które podajemy w OWU oraz w OWU UD przy opisie Zdarzeń, których dotyczą.

5. Postanowienia dodatkowe – do Umowy możemy wprowadzić zapisy, które mogą dodatkowo ograniczać Ochronę lub łagodzić ograniczenia Ochrony wskazane w OWU lub OWU UD – uzgodnimy je wspólnie z Państwem na podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a ich treść umieścimy w Polisie.

§ 8

Podstawowe ograniczenia odpowiedzialności w przypadku Śmierci Uczestnika

Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli śmierć Uczestnika nastąpi:

1) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,

2) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Uczestnika w rozruchach lub zamieszkach,
3) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Uczestnik będzie uczestniczyć w nim jako sprawca (wszystkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo będzie wykonywać czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
4) w związku z udziałem Uczestnika jako sprawcy (wszystkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
5) w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
6) w wyniku samobójstwa w ciągu 2 lat od dnia rozpoczęcia Ochrony.

§ 9

Podstawowe ograniczenia odpowiedzialności za Zdarzenia inne niż Śmierć Uczestnika

1. Ograniczenia dotyczą:
   1) Zdarzeń, które w zależności od Państwa wyboru obejmujemy Ochroną w ramach Umowy Głównej – są to:
      a) Niezdolność Uczestnika do Pracy,
      b) Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
      c) Osierocenie Dziecka,
      d) Poważne Zachorowanie Uczestnika,
      e) Śmierć Uczestnika, o ile w okresie Karencji będzie skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku,
   2) Zdarzeń, które obejmujemy Ochroną w ramach Umów Dodatkowych.
2. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zdarzenie nastąpi:
   1) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
   2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa,
   3) w związku z nieprzestrzeganiem przez Uczestnika wskazań i zaleceń lekarskich mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
   4) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (upośledzeniem umysłowym) Uczestnika mającymi potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
   5) w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
   6) w wyniku zakażenia Uczestnika HIV,
   7) w wyniku wypadku statku powietrznego, chyba że Uczestnik będzie pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, które wykonuje przewoźnik lotniczy w rozumieniu ustawy Prawo lotnicze,
   8) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych lub użycia broni masowego rażenia,
   9) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Uczestnika w rozruchach lub zamieszkach,
   10) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Uczestnik będzie uczestniczyć w nim jako sprawca (wszystkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo będzie wykonywać czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
   11) w związku z udziałem Uczestnika jako sprawcy (wszystkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w aktach przemocy innych niż te, które wymieniamy wyżej,
   12) w związku z udziałem Uczestnika w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
   13) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
   14) w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, który będzie związany z wykonywaniem przez Uczestnika Zawodu Szczególnie Niebezpiecznego,
   15) w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpi w trakcie wykonywania przez Uczestnika Pracy w Szczególnie Niebezpiecznych Warunkach.
3. Jeśli Ochrona odnosi się do Zdarzeń w życiu Uczestnika, które dotyczą Małżonka lub Partnera, Rodzica lub Dziecka, ograniczenia z ust. 1 i 2 także dotyczą tych osób – zapisy z ust. 2 należy czytać, zastępując słowo „Uczestnik" odpowiednio słowem „Małżonek", „Partner", „Rodzic" lub „Dziecko".

IV. UMOWY DODATKOWE – POSTANOWIENIA OGÓLNE

W tej części znajdą Państwo opis zasad funkcjonowania Umów Dodatkowych. To, jak zawrzemy z Państwem Umowę i jak będziemy ją wykonywać, opisuje Część V – Przewodnik dla Ubezpieczającego.

§ 10

1. Umowę Dodatkową zawierają Państwo z nami na rok – mogą to Państwo zrobić w momencie zawarcia Umowy Głównej lub w innym momencie – dniu wymagalności Składki – przy czym w takim przypadku Umowa Dodatkowa nie może trwać dłużej niż Umowa Główna.
2. Przedmiotem Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej są Zdarzenia w życiu Uczestnika:
   1) związane z jego życiem lub zdrowiem lub
   2) dotyczące życia lub zdrowia osoby lub osób wskazanych w tej Umowie Dodatkowej.
3. Wnioskują Państwo o zawarcie Umowy Dodatkowej, a jeśli Umowa Dodatkowa udostępnia kilka Wersji – o zawarcie wybranej Wersji tej umowy.
4. Dla każdego wybranego Zdarzenia w Umowie Dodatkowej proponują Państwo wysokość Sumy Ubezpieczenia.
5. Sumę Ubezpieczenia z tytułu poszczególnych Umów Dodatkowych dla Umowy oraz ALA wskazujemy w Polisie.
6. Sumę Ubezpieczenia z tytułu poszczególnych Umów Dodatkowych dla Uczestnika wskazujemy w Dokumencie Uczestnictwa.

V. PRZEWODNIK DLA UBEZPIECZAJĄCEGO

Zapisy w tej części dotyczą Państwa praw i obowiązków jako Ubezpieczającego.
Przed złożeniem Wniosku przedstawili nam Państwo swoje potrzeby ubezpieczeniowe, które odzwierciedlają potrzeby Uczestników. Na tej podstawie wspólnie uzgodniliśmy z Państwem zakres Zdarzeń i wysokość Sum Ubezpieczenia. Następnie wyceniliśmy, ile taki zestaw będzie kosztował. Ta wycena jest częścią Wniosku.

§ 11

Na jakich zasadach zawierają Państwo z nami Umowę

1. Umowę Główną zawierają Państwo z nami na rok.
2. Umowy Dodatkowe zawierają Państwo z nami również na rok. Wyjątkowo mogą je Państwo zawrzeć na krótszy okres – do najbliższej Rocznicy – gdy zrobią to Państwo po zawarciu Umowy Głównej (czyli w trakcie Roku Ubezpieczeniowego).
3. Państwo wnioskują o zawarcie Umowy – składając nam ofertę na naszym formularzu Wniosku, gdzie wskazują Państwo wybrany zakres ubezpieczenia, w tym Wersje, Zdarzenia opcjonalne oraz wysokości Sum Ubezpieczenia.
4. Rozpatrujemy Państwa Wniosek, jeśli:
   1) od dnia sporządzenia Wniosku do dnia jego dostarczenia do nas upłynie nie więcej niż 30 dni oraz
   2) Wniosek będzie kompletny i prawidłowo wypełniony.

5. Jeśli zaakceptujemy Państwa Wniosek, Umowa zostanie zawarta, przy czym datą zawarcia Umowy jest dzień doręczenia Państwu Polisy.
6. Datą zawarcia Umowy Dodatkowej jest dzień:
   1) zawarcia Umowy Głównej – jeśli wnioskują Państwo o zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Wnioskiem o zawarcie Umowy Głównej – albo
   2) doręczenia Państwu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie Umowy Dodatkowej – jeśli wnioskują Państwo o zawarcie Umowy Dodatkowej później.
7. W Polisie wskażemy:
   1) pierwszy dzień Programu oraz
   2) datę wymagalności pierwszej Składki, oraz
   3) częstotliwość opłacania Składki.
8. Na podstawie informacji zawartych we Wniosku i załącznikach możemy:
   1) odmówić zawarcia Umowy Głównej,
   2) odmówić zawarcia Umowy Dodatkowej,
   3) zaproponować zawarcie Umowy Głównej lub Umów Dodatkowych na innych warunkach. W tym przypadku razem z Polisą doręczymy Państwu Kontrofertę, czyli Polisę ze zmienionymi warunkami i list, w którym opiszemy różnice między Państwa Wnioskiem a naszą propozycją.
9. Jeśli nie zaakceptują Państwo Kontroferty, to w ciągu 7 dni – liczonych od jej otrzymania – powinni nas Państwo o tym poinformować. W przypadku odrzucenia przez Państwa Kontroferty Umowa nie zostanie zawarta.
10. Aby przyjąć Kontrofertę, nie muszą Państwo nic robić – Umowa zostanie zawarta następnego dnia po wskazanym terminie na odrzucenie Kontroferty.
11. Zwrócimy Państwu wpłaconą Składkę w ciągu 14 dni, jeśli:
    1) cofną Państwo złożony nam Wniosek – do czasu doręczenia Polisy,
    2) odstąpią Państwo od Umowy,
    3) odmówimy Państwu zawarcia Umowy,
    4) odrzucą Państwo Kontrofertę.

Z czego wynika wysokość Składki i jak ją płacić

12. Jeśli zawrzemy z Państwem Umowę, my obejmujemy Uczestników Ochroną, a Państwo opłacają Składkę.
13. Składkę opłacają Państwo przez cały czas trwania Umowy, z częstotliwością i w terminach, które wskazujemy w Polisie.
14. Składka jest sumą Kosztów Ochrony Uczestników i Współuczestników (z tytułu Umowy Głównej i Umów Dodatkowych) ubezpieczonych w okresie, którego Składka dotyczy.
15. Jeśli Uczestnicy sami finansują Koszt Ochrony (w całości lub w części) – prosimy o taką informację. W przeciwnym razie uznamy, że cały Koszt Ochrony finansują Państwo – jako Ubezpieczający.
16. Wysokość Kosztu Ochrony w ramach poszczególnych zakresów ubezpieczenia albo sposób obliczenia tego kosztu podajemy w Polisie.
17. Koszt Ochrony obliczamy zgodnie z zasadami matematyki ubezpieczeniowej – w sposób, który umożliwia nam wypełnienie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy. Robimy to na podstawie:
    1) informacji o osobach, które mają przystąpić do ubezpieczenia lub już są nim objęte – wieku i ryzyka związanego z wykonywanym zawodem,
    2) Wynagrodzenia – gdy uzgodnimy z Państwem, że na jego podstawie będziemy ustalać wysokość Sum Ubezpieczenia i wysokość Składki,
    3) informacji o charakterze działalności gospodarczej, którą Państwo prowadzą,
    4) wysokości i zakresu Ochrony, której będziemy udzielać na podstawie Umowy – uwzględnimy ograniczenia naszej odpowiedzialności w okresach objętych Karencjami i Progresjami, ograniczenia związane z wygaszaniem grupy Zdarzeń po wypłaceniu pierwszego Świadczenia za dane Zdarzenie z grupy, a także koszty, jakie ponosimy, gdy wykonujemy działalność ubezpieczeniową.
18. Jeśli Suma Ubezpieczenia Uczestnika w Umowie Głównej lub w dowolnej Umowie Dodatkowej przekracza ALA, to Koszt Ochrony tego Uczestnika obliczamy indywidualnie. W takim przypadku Koszt Ochrony podajemy w Dokumencie Uczestnictwa.
19. Jeśli warunki Umowy zależą od Wynagrodzenia, a uległo ono zmianie, prosimy o zaktualizowanie Wykazu Wynagrodzeń.
20. Jeśli nie opłacą Państwo całej Składki w ciągu 14 dni od dnia, w którym powinniśmy ją otrzymać, to przypomnimy Państwu o tym listem tradycyjnym albo e-mailem – jeśli się Państwo zgodzili na taką formę. W tym przypomnieniu:
    1) wezwiemy Państwa do zapłaty zaległej Składki i
    2) wyznaczymy przynajmniej 14-dniowy termin na wpłatę.
21. Jeśli w wyznaczonym terminie 14 dni nie wpłacą Państwo zaległej Składki, Ochrona względem Uczestników wygaśnie z ostatnim dniem tego terminu, ze skutkiem na ostatni dzień okresu, za który została opłacona ostatnia Składka.
22. O ile opłacą Państwo Składkę przed upływem 3 miesięcy, które liczymy od końca okresu, za który opłacili Państwo ostatnią Składkę, wznowimy Ochronę od kolejnego dnia wymagalności Składki, jaki następuje po dniu, w którym otrzymaliśmy Składkę.

Co może się zmienić w ciągu Roku Ubezpieczenia

23. W ciągu Roku Ubezpieczenia mogą Państwo:
    1) dołączyć nowego Uczestnika – przekazują nam Państwo jego Deklarację i wpłacają Składkę, która uwzględnia Koszt Ochrony tego Uczestnika, a my – o ile nie skorzystaliśmy z prawa do odmowy objęcia Ochroną – wysyłamy Dokument Uczestnictwa potwierdzający nowe Przystąpienie,
    2) zaktualizować Wykaz Wynagrodzeń – Uczestnikom, dla których oznacza to zmianę Sumy Ubezpieczenia, wyślemy Dokumenty Uczestnictwa – potwierdzą one tę zmianę. Gdy Suma Ubezpieczenia Uczestnika przekracza ALA, przed podniesieniem Sumy Ubezpieczenia na wniosek Uczestnika przeprowadzimy indywidualną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego,
    3) wnioskować o zmianę zakresu ubezpieczenia, w tym Wersje, Zdarzenia opcjonalne oraz wysokości Sum Ubezpieczenia – jeśli się na to zgodzimy, prześlemy Państwu Potwierdzenie Warunków Ubezpieczenia oraz Dokumenty Uczestnictwa z nowym zakresem i Kosztem Ochrony,
    4) wnioskować o zmianę OWU lub OWU UD – jeśli się na to zgodzimy, podpiszemy z Państwem porozumienie, którym zmianę OWU lub OWU UD wprowadzimy do Umowy.
24. Możemy ograniczyć możliwość przystępowania nowych Uczestników, jeśli liczba Uczestników, za których opłacają Państwo Składkę, spadnie do mniejszej z wartości:
    1) liczby Uczestników z dnia rozpoczęcia Ochrony lub
    2) 7 Uczestników.

Co się wydarzy przed Rocznicą

25. Najpóźniej 30 dni przed Rocznicą:
    1) otrzymają Państwo od nas informację, w której:
       a) przedstawimy Państwu Ofertę Rocznicową – ofertę przedłużenia Ochrony Uczestnikom – co będzie oznaczało, że chcemy zawrzeć z Państwem kolejną Umowę Główną oraz kolejne Umowy Dodatkowe – jeśli przyjmą Państwo przesłaną ofertę, przedłużymy Ochronę w ramach Programu na kolejny rok – albo
       b) poinformujemy, że nie przedstawimy Państwu Oferty Rocznicowej i nie przedłużymy Ochrony,
    2) mogą Państwo poinformować nas, że rezygnują Państwo z przedłużenia Ochrony na kolejny rok.
26. W Ofercie Rocznicowej przedstawimy propozycję podstawową według jednego z poniższych scenariuszy:
    1) pozostawienie bez zmian Kosztu Ochrony, Sum Ubezpieczenia i ALA albo
    2) pozostawienie bez zmian Kosztu Ochrony i dopasowanie do niego wysokości Sum Ubezpieczenia i ALA, albo
    3) zaktualizowanie Kosztu Ochrony, Sum Ubezpieczenia i ALA.
27. W Ofercie Rocznicowej dodatkowo możemy przedstawić Państwu alternatywne propozycje warunków ubezpieczenia na kolejny rok.
28. Przedłużenie Ochrony w Umowie Głównej zaproponujemy na niezmienionych OWU, chyba że wspólnie z Państwem uzgodnimy inaczej.
29. Jeśli zdecydują się Państwo zawrzeć z nami kolejną Umowę, mogą Państwo wybrać naszą dowolną propozycję. Wyboru dokonają Państwo, gdy wpłacą Państwo Składkę, która wynika z wybranej propozycji.
30. Jeśli do dnia Rocznicy Umowy nie otrzymamy sprzeciwu do przekazanej przez nas Oferty Rocznicowej, wówczas będą obowiązywały zaproponowane przez nas warunki.

31. Możemy wyrazić zgodę, żeby Uczestnicy, którym wygasła Ochrona (ponieważ ukończyli 70 lat), kontynuowali Ochronę na indywidualnych warunkach. Jeśli tak zdecydujemy, to w Ofercie Rocznicowej przedstawimy propozycje warunków ubezpieczenia dla tych Uczestników w kolejnym Roku Ubezpieczenia. W przeciwnym razie poinformujemy Państwa o tym, że Ochrona tych Uczestników wygaśnie dzień przed Rocznicą.
32. Poinformujemy Państwa, jeśli wprowadzone do Umowy postanowienia dodatkowe miałyby nie zostać przedłużone w kolejnym Roku Ubezpieczenia.

Kiedy Umowa się kończy

33. Umowa kończy się, gdy:
    1) odstąpią Państwo od niej w ciągu 7 dni od jej zawarcia – jeśli są Państwo przedsiębiorcą lub 30 dni od jej zawarcia – jeśli są Państwo konsumentami,
    2) wypowiedzą Państwo Umowę Główną – gdy miną 3 miesiące okresu wypowiedzenia,
    3) zabraknie Uczestników, za których powinni Państwo opłacić Składkę – z dniem w którym zaprzestaniemy udzielać Ochrony ostatniemu Uczestnikowi,
    4) w ciągu 3 miesięcy od daty wygaśnięcia Ochrony nie zostanie wznowione opłacanie Składek – z upływem 3 miesięcy, które liczymy od końca okresu, za który opłacili Państwo ostatnią Składkę,
    5) upłynie okres, na który Umowa została zawarta i nie zawrzemy kolejnej Umowy Głównej – w ostatnim dniu jej trwania.
34. Umowa Dodatkowa kończy się:
    1) w dniu rozwiązania Umowy Głównej,
    2) kiedy wypowiedzą Państwo Umowę Dodatkową – gdy miną 3 miesiące okresu wypowiedzenia,
    3) gdy upłynie okres, na który Umowa została zawarta, i nie zawrzemy kolejnej Umowy Głównej – w ostatnim dniu jej trwania.

Jakie są Państwa obowiązki jako Ubezpieczającego

35. Jako Ubezpieczający mają Państwo obowiązek:
    1) opłacać Składkę w terminach, które wskazujemy w Polisie, oraz
    2) przekazać nam najpóźniej w chwili zapłaty Składki:
        a) imienny wykaz Uczestników, których dotyczy ta Składka, i informację, w jakiej wysokości jest przez nich finansowana i
        b) wykaz Uczestników, w stosunku do których Ochrona wygasła, oraz powód jej wygaśnięcia, i
        c) informację o zmianach danych osobowych i adresowych Uczestników, i
        d) Wykaz Wynagrodzeń – jeśli warunki Umowy ustalamy z Państwem na podstawie Wynagrodzenia, oraz
    3) na nasz wniosek przekazać nam:
        a) aktualne dane osobowe i adresowe Uczestników, i
        b) informacje, które dotyczą stanu zatrudnienia w Państwa przedsiębiorstwie, prowadzonej przez Państwa działalności gospodarczej, zawodów wykonywanych przez Uczestników i ich Wynagrodzenia – wyłącznie, jeśli te informacje mają wpływ na wysokość podejmowanego przez nas ryzyka ubezpieczeniowego lub wysokość Kosztu Ochrony, oraz
    4) uzyskać zgodę osoby, która chce przystąpić do ubezpieczenia, na objęcie jej Ochroną, a później również na zmiany w Umowie – jeśli się na nie zgadza, oraz
    5) przekazać osobie przystępującej do ubezpieczenia OWU, OWU UD oraz inne dokumenty, które otrzymują Państwo od nas – zanim ta osoba wyrazi zgodę na objęcie przez nas Ochroną, oraz
    6) poinformować nas o złożeniu przez Uczestnika Deklaracji – nie później niż 7 dni po dniu wymagalności pierwszej Składki, która obejmuje Koszt Ochrony danego Uczestnika, oraz
    7) potwierdzić i przekazać nam złożony przez Uczestnika oryginał Deklaracji – nie później niż:
        a) 30 dni po dniu wymagalności pierwszej Składki, która obejmuje Koszt Ochrony danego Uczestnika oraz
        b) 30 dni po dniu podpisania Deklaracji przez Uczestnika, oraz
    8) przekazać nam wszystkie znane Państwu okoliczności, o które zapytamy na piśmie, zanim zawrzemy z Państwem Umowę lub obejmiemy Uczestnika Ochroną. Jeśli w Państwa imieniu Umowę zawiera z nami Państwa przedstawiciel, obowiązek ten dotyczy także jego (i jego wiedzy). Jeśli nie dopełnią Państwo tego obowiązku, nie ponosimy odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeśli ten obowiązek został naruszony z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmujemy, że Zdarzenie jest skutkiem okoliczności, o których mówimy w tym punkcie OWU, oraz
    9) przekazać Uczestnikom na piśmie lub na innym trwałym nośniku – jeśli wyrażą na to zgodę – informacje, które Państwu przekażemy o ewentualnej zmianie:
        a) warunków ubezpieczenia lub zmianie prawa dla nich właściwego – z zaznaczeniem, jaki wpływ mają te zmiany na wysokość przysługujących Świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez Państwa zgody na te zmiany – i
        b) wysokości Świadczeń w trakcie trwania Umowy – jak najszybciej po otrzymaniu od nas takiej informacji – i
        c) Sumy Ubezpieczenia – jeśli Świadczenie jest ustalane na jej podstawie – jak najszybciej po otrzymaniu od nas takiej informacji.

Jakie są nasze obowiązki

36. Przed zawarciem Umowy przekażemy Państwu OWU, OWU UD i inne dokumenty oraz informacje wymagane przepisami prawa.
37. Raz w roku przekażemy Państwu informację o wysokości Świadczeń, które przysługują Uczestnikom z Umowy. Jeśli wysokość tych świadczeń zmieni się w ciągu Roku Ubezpieczenia – informacje o wysokości Świadczeń przekażemy pisemnie lub w inny, uzgodniony z Państwem sposób.
38. Gdy Uczestnik umrze lub wystąpi inne Zdarzenie objęte Ochroną, wypłacimy Świadczenie – o ile nie zajdą okoliczności ograniczenia naszej Ochrony.

Jak mogą Państwo złożyć Reklamację

39. Informację o sposobie składania Reklamacji znajdą Państwo w części VIII – Postanowienia Końcowe.

VI. PRZEWODNIK DLA UCZESTNIKA I WSPÓŁUCZESTNIKA

W tej części OWU wyjaśniamy podstawowe, istotne dla Uczestnika i Współuczestnika kwestie związane z zawarciem oraz wykonywaniem przez nas Umowy. Aby na pierwszy rzut oka odróżnić tę część od Przewodnika dla Ubezpieczającego, zwracamy się w niej do Ciebie, Uczestniku lub Współuczestniku, na Ty. Definicje piszemy dużą literą, a objaśnienia do nich znajdziesz w Leksykonie.

§ 12

Jak przystąpić do ubezpieczenia

1. Ubezpieczający zawarł z nami umowę grupowego ubezpieczenia na życie na rzecz swoich pracowników. Od Ubezpieczającego otrzymasz szczegółowe informacje na temat zakresu ubezpieczenia, Sum Ubezpieczenia i postanowień dodatkowych, OWU (których częścią jest Przewodnik dla Uczestnika i Współuczestnika) oraz OWU UD. Znajdziesz tam opis ryzyk, które są ubezpieczone w Umowie, oraz informacje o tym, w jaki sposób wyliczamy Świadczenie i w jakich sytuacjach go nie wypłacimy.

W Części III – Ograniczenia Ochrony opisaliśmy szczegółowo, kiedy nie możemy wypłacić Świadczenia z ubezpieczenia. Prosimy, zapoznaj się zwłaszcza z tym fragmentem OWU – zanim przystąpisz do ubezpieczenia.

2. Jeśli spełniasz Kryteria Kwalifikacji określone w Umowie i chcesz przystąpić do ubezpieczenia, wypełnij Deklarację i najszybciej, jak to możliwe, złóż ją u Ubezpieczającego – musi nam ją nam dostarczyć, zanim upłynie jej termin ważności (30 dni od jej podpisania przez Ciebie).
3. Nie możesz przystąpić do ubezpieczenia, jeśli przebywasz na zwolnieniu lekarskim. W takim przypadku Deklarację możesz podpisać i złożyć, gdy wrócisz do pracy po zwolnieniu.
4. Deklaracja musi być kompletna i wypełniona poprawnie oraz potwierdzona przez Ubezpieczającego.

Twoja Ochrona

O udzielanej Ci w danym okresie Ochronie możemy mówić tylko wtedy, kiedy przed początkiem tego okresu Ubezpieczający opłaci Składkę, która uwzględnia Koszt Twojej Ochrony.

5. Jeśli:
   1) otrzymamy Twoją Deklarację przed upływem jej ważności i
   2) po przeprowadzeniu wstępnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego zdecydujemy, że obejmiemy Cię Ochroną,

   to otrzymasz Dokument Uczestnictwa.
6. Jeśli Twoja Suma Ubezpieczenia przekracza ALA, przed przekazaniem Ci Dokumentu Uczestnictwa przeprowadzimy jeszcze indywidualną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, w wyniku której ustalimy Twoje Sumy Ubezpieczenia, Koszt Ochrony oraz warunki specjalne. Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń Ochrony znajdziesz w Części III – Ograniczenia Ochrony.
7. Twoja Ochrona w ramach Umowy rozpocznie się od daty wymagalności Składki – która uwzględnia Koszt Twojej Ochrony – wskazanej w Dokumencie Uczestnictwa, jednak nie wcześniej niż w następnym dniu po Dniu Opłacenia Składki.
8. Obejmiemy Cię Ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej:
   1) jeśli Umowa Dodatkowa jest zawierana z Umową Główną – z tym samym dniem, w którym obejmiemy Cię Ochroną z tytułu Umowy Głównej, albo
   2) jeśli Umowa Dodatkowa jest zawierana w innym czasie niż z Umową Główną – z dniem, w którym Ubezpieczający przypisze Ci zakres Ochrony, który przewiduje daną Umowę Dodatkową.
9. Otrzymasz aktualny Dokument Uczestnictwa za każdym razem, gdy zmienią się wymienione w poprzednim ustępie parametry ubezpieczenia.
10. W przypadku Wznowienia przywrócimy Ci Ochronę od najbliższego dnia wymagalności po dniu wpłaty Składki, która uwzględnia Koszt Twojej Ochrony.

Poniżej znajdziesz informacje o okolicznościach, które spowodują, że oferowana Ci Ochrona wygasa. Niektóre z nich nie wystąpią w Twoim przypadku (na przykład jeśli nie masz wykupionego ubezpieczenia ryzyka, którego dotyczy dany ustęp).

11. Twoja Ochrona w ramach Umowy skończy się, gdy:
    1) umrzesz – z chwilą Twojej śmierci,
    2) wypłacimy Świadczenie z tytułu Niezdolności Uczestnika do Pracy albo Niezdolności Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – z dniem uznania przez nas roszczenia dotyczącego takiego Zdarzenia,
    3) upłynie okres, na jaki została zawarta Umowa – z ostatnim dniem tego okresu – o ile Ubezpieczający nie przyjmie naszej oferty przedłużenia Umowy i minie okres jej obowiązywania,
    4) Umowa zostanie rozwiązana – ostatniego dnia okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił Składkę,
    5) otrzymamy Twoją Rezygnację – możesz to zrobić w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu odpowiednie oświadczenie; w takim przypadku Ochrona kończy się w dniu poprzedzającym dzień wymagalności Składki następujący po dniu, w którym złożysz oświadczenie,
    6) odejdziesz z pracy (lub w inny sposób ustanie stosunek prawny, który łączy Cię z Ubezpieczającym) – w takim przypadku Ochrona kończy się w dniu poprzedzającym dzień wymagalności Składki następujący po dniu, w którym ustał ten stosunek prawny (w przypadku, gdy Składka jest opłacana z inną częstotliwością niż miesięczna – ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ten stosunek ustanie),
    7) kończysz 70 lat – w dniu poprzedzającym pierwszą najbliższą Rocznicę, również gdy w dniu Rocznicy ukończysz 70 lat,
    8) minie 14 dzień opóźnienia w zapłacie Składki – ostatniego dnia okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił Składkę.
12. Jeśli po wygaśnięciu Ochrony z powodu opóźnienia w zapłacie Składki Ubezpieczający wznowi opłacanie Składek, przywrócimy Ochronę od kolejnej wymagalności, która przypada po dniu wpłaty Składki. W przypadku Wznowienia obowiązują jednak ograniczenia dotyczące Wznowienia – opisaliśmy je w Części III – Ograniczenia Ochrony.
13. Poza przypadkami wskazanymi w OWU UD Twoja Ochrona w ramach Umowy Dodatkowej skończy się, gdy:
    1) umrzesz – z chwilą Twojej śmierci,
    2) wygaśnie Ochrona udzielana w ramach Umowy Głównej,
    3) Umowa Dodatkowa zostanie rozwiązana – ostatniego dnia okresu, za jaki Ubezpieczający opłacił Składkę za tę Umowę Dodatkową,
    4) upłynie okres, na jaki została zawarta Umowa Dodatkowa – z ostatnim dniem tego okresu – o ile Ubezpieczający nie przyjmie naszej oferty przedłużenia Umowy Dodatkowej i minie okres jej obowiązywania,
    5) ukończysz 70 lat – w dniu poprzedzającym pierwszą najbliższą Rocznicę, również gdy w dniu Rocznicy ukończysz 70 lat,
    6) Ubezpieczający przypisze Ci zakres Ochrony nieobejmujący Umowy Dodatkowej – z dniem poprzedzającym przypisanie takiego zakresu Ochrony.

Kto może otrzymać Świadczenie po Twojej śmierci

14. Masz prawo wskazać i zmieniać Uposażonych i Uposażonych Zastępczych.
15. To Ty określasz, w jakich częściach wypłacimy Świadczenie Uposażonym i Uposażonym Zastępczym.
16. Jeśli wskazujesz kilku Uposażonych lub Uposażonych Zastępczych, ale nie określasz ich udziału w Świadczeniu albo suma tych udziałów nie wynosi 100%, uznamy, że udziały te są równe.
17. Nie wypłacimy Świadczenia osobie, która umrze przed Tobą albo umyślnie przyczyni się do Twojej śmierci – nawet jeśli jest Uposażonym.
18. Jeśli w chwili Twojej śmierci nie będzie żadnego z Uposażonych, Świadczenie wypłacimy Uposażonym Zastępczym.
19. Jeśli w chwili Twojej śmierci nie będzie żadnego z Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, Świadczenie wypłacimy osobom, które tworzą krąg Twoich ustawowych spadkobierców bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
20. Zasady wypłaty Świadczenia z tytułu Osierocenia Dziecka znajdziesz w § 6 – Ochrona z tytułu Osierocenia Dziecka.

Na jakich zasadach wypłacamy Świadczenie

21. Informacje na ten temat opisuje Część VII – Przewodnik dla Uprawnionego.

Jak kontynuować ubezpieczenie grupowe na życie Opiekun

22. Jeśli ustanie Twój stosunek prawny z Ubezpieczającym lub ukończysz 70 lat, a Ochrona trwała do tego czasu nie krócej niż 12 kolejnych miesięcy, możesz kontynuować ubezpieczenie u nas – już jako indywidualne. Aby to zrobić, złóż nam wniosek w tej sprawie. Masz na to 3 miesiące od zakończenia pracy albo od Rocznicy, która następuje po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
23. Umowa takiego ubezpieczenia indywidualnego nastąpi na podstawie zaproponowanych przez nas warunków ogólnych ubezpieczenia. Wskażemy ogólne warunki, na podstawie których będzie obowiązywała kontynuacja.
24. Nie będziemy wymagać przedstawiania dowodów odnośnie Twojego stanu zdrowia wyłącznie w przypadku, gdy:
    1) nie jesteś Współuczestnikiem ani
    2) zakres Ochrony nie przekroczy zakresu przysługującego Ci uprzednio w ramach Umowy, ani
    3) wysokość Ochrony nie przekroczy niższej z wartości, którymi są: wysokość Ochrony przysługującej Ci uprzednio w ramach Umowy oraz ALA.

Współuczestnik

Informacje zawarte w Części VI - Przewodniku dla Uczestnika i Współuczestnika mogą dotyczyć również Ciebie.
Wszędzie tam, gdzie w OWU i OWU UD mowa o Uczestniku, postanowienia te odnoszą się także do Ciebie, o ile OWU nie stanowią inaczej.
Poniżej przekazujemy informacje, które dotyczą bezpośrednio Ciebie – jako Współuczestnika.

25. Mogliśmy wyrazić zgodę, aby Ochrona obejmowała również Ciebie – jeśli jesteś Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim Dzieckiem.
26. Możesz przystąpić do ubezpieczenia:
    1) razem z Uczestnikiem albo
    2) później – jeśli jesteś:
       a) Małżonkiem – do 90 dni od zawarcia związku małżeńskiego z Uczestnikiem,

b) Partnerem – w najbliższą Rocznicę, która przypada po zgłoszeniu Cię przez Uczestnika,
c) Pełnoletnim Dzieckiem – w najbliższym dniu wymagalności Składki po ukończeniu przez Ciebie 18 lat.

27. Stosujemy wobec Ciebie następujące dodatkowe zasady:
    1) zakres i wysokość Ochrony, która Ci przysługuje, nie może przekroczyć:
        a) zakresu ani wysokości Ochrony, która przysługuje Uczestnikowi,
        b) limitów, które wskazujemy w Polisie lub Dokumencie Uczestnictwa,
    2) jeśli ograniczamy przysługującą Uczestnikowi Ochronę – zgodnie z zapisami OWU albo OWU UD – w taki sam sposób i na taki sam okres ograniczamy Ochronę przysługującą Tobie. Zasada ta nie dotyczy ograniczeń, które wynikają z oceny stanu zdrowia Uczestnika – w takim przypadku te ograniczenia Cię nie dotyczą,
    3) jeśli Ochrona Uczestnika się kończy, zawsze kończy się też Twoja Ochrona,
    4) Ochrona, która Ci przysługuje, kończy się również, gdy:
        a) ustanie Twój związek małżeński z Uczestnikiem – w takim przypadku Ochrona kończy się w dniu poprzedzającym dzień wymagalności Składki następujący po dniu, w którym ten związek ustał,
        b) Uczestnik odwoła wskazanie Ciebie jako Partnera – w takim przypadku Ochrona kończy się w dniu poprzedzającym dzień wymagalności Składki następujący po dniu, w którym otrzymaliśmy taką dyspozycję,
    5) Ubezpieczający będzie przekazywał nam Składkę, która uwzględnia Twój Koszt Ochrony,
    6) w jednym czasie jako Współuczestnik może być wskazany tylko Małżonek albo tylko Partner.

VII. PRZEWODNIK DLA UPRAWNIONEGO

Treść tej części OWU stworzyliśmy dla Uprawnionego, czyli osoby, której przysługuje prawo do wypłaty Świadczenia, gdy wystąpi Zdarzenie.
Uprawnionym może być:
1) nasz klient, któremu przysługuje prawo do wypłaty Świadczenia za Zdarzenia objęte Ochroną. Naszym klientem jest:
    a) Uczestnik, czyli pracownik,
    b) Współuczestnik, czyli Małżonek, Partner lub Pełnoletnie Dziecko,
2) osoba, która nie jest naszym klientem, czyli:
    a) Uposażony – którego Uczestnik wskazał do otrzymania wypłaty Świadczenia po swojej śmierci,
    b) Uposażony Zastępczy – którego Uczestnik wskazał do otrzymania wypłaty Świadczenia, gdy w chwili śmierci Uczestnika nie będzie Uposażonych,
    c) inne osoby – które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Uczestnika, gdy nie ma Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych.

W tej części OWU zwracamy się do Uprawnionego na Ty.

§ 13

O czym musisz pamiętać, zanim zgłosisz wniosek o wypłatę Świadczenia

1. Zanim zgłosisz wniosek o wypłatę Świadczenia, sprawdź, jakie są potrzebne dokumenty. Informacje te znajdziesz we wniosku o wypłatę.

Czego potrzebujemy, abyśmy mogli wypłacić Ci Świadczenie

2. Jeśli poinformujesz nas o Zdarzeniu, zajmiemy się ustaleniem, czy i w jakiej wysokości możemy wypłacić Ci Świadczenie.

Jak zgłosić Zdarzenie i złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia
Możesz zrobić to w wybrany sposób:
1) **on-line**:
    a) w serwisie Mój Allianz – dostępnym na www.allianz.pl
    b) na stronie internetowej pod adresem: www.allianz.pl
2) **e-mailem:** bok@allianz.pl
3) **telefonicznie**: 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora)
4) **listownie**:
    Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.
    ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa

Rozpatrzymy Twój wniosek szybciej, gdy dostarczysz nam komplet wypełnionych i podpisanych dokumentów.

3. Abyśmy mogli ustalić, czy i w jakiej wysokości wypłata jest należna, i wypłacić Świadczenie, potrzebujemy zawiadomienia o Zdarzeniu oraz:
    1) wniosku o wypłatę Świadczenia i
    2) kopii dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby składającej ten wniosek, i
    3) innych dokumentów, w tym dokumentacji medycznej zależnej od rodzaju Zdarzenia – które potwierdzą jego zajście.
4. Jeśli Zdarzenie wystąpiło w innym kraju niż Polska, potrzebujemy także dokumentu, który będzie:
    1) potwierdzał, że Zdarzenie miało miejsce w tym kraju i
    2) wystawiony przez uprawnione władze kraju, w którym wystąpiło Zdarzenie.
5. W ciągu 7 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu, które jest objęte ubezpieczeniem, informujemy Uprawnionego, jakich dokumentów potrzebujemy.
6. Świadczenie wypłacamy w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy, który należy do Uprawnionego – lub w inny sposób, który uzgadniamy z tą osobą.
7. Świadczenie wypłacimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia. Jeśli w tym okresie nie jest możliwe wyjaśnienie, czy wypłata przysługuje i w jakiej wysokości, to Świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie to jest możliwe. Bezsporną część wypłacimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia.
8. Jeśli odmówimy wypłaty lub wypłacimy część kwoty wskazanej we wniosku o wypłatę, to informujemy o tym osobę, która składa ten wniosek. Wskazujemy też podstawę prawną i uzasadniamy swoją decyzję.

Jak sprawdzić, na jakim etapie jest rozpatrzenie Twojego wniosku o wypłatę Świadczenia

9. Możesz to zrobić na 4 sposoby:
    1) on-line w serwisie Mój Allianz na: www.allianz.pl
    2) e-mailem: bok@allianz.pl
    3) telefonicznie: 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora)
    4) listownie:
    Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa

W jakich sytuacjach wygasają prawa Uposażonego i Uposażonego Zastępczego jako Uprawnionych

10. Jeśli:
    1) umyślnie przyczynisz się do śmierci Uczestnika,
    2) umrzesz przed Uczestnikiem albo jednocześnie z nim,
    3) wskazanie Ciebie jako Uposażonego lub Uposażonego Zastępczego z innej przyczyny będzie bezskuteczne,

    nie otrzymasz pieniędzy – Twoje prawa i Twój udział jako Uposażonego lub Uposażonego Zastępczego zostanie rozdzielony pomiędzy pozostałych Uposażonych i Uposażonych Zastępczych – proporcjonalnie do ich udziału w Sumie Ubezpieczenia.

Co jeśli Uczestnik nie wskazał żadnych Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych, odwołał ich lub ich prawa wygasły

11. Jeśli Uczestnik:
    1) nie wskazał żadnych Uposażonych ani Uposażonych Zastępczych,
    2) odwołał wcześniej wskazanych Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub
    3) prawa Uposażonych i Uposażonych Zastępczych wygasły,

Świadczenie wypłacimy osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Uczestnika bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym pieniądze przypadają w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

Jakie są nasze obowiązki

12. Gdy Uczestnik umrze lub wystąpi inne Zdarzenie objęte Ochroną, wypłacimy Świadczenie – o ile nie zajdą okoliczności ograniczenia naszej Ochrony.

VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

Dlaczego przetwarzamy dane osobowe i jak je zbieramy

1. Gromadzimy i przetwarzamy tylko te dane osobowe, które są konieczne, abyśmy mogli zawrzeć z Państwem (jako Ubezpieczającym) Umowę i ją wykonywać. Jesteśmy administratorem tych danych.
2. Źródłem danych osobowych są dokumenty, które otrzymujemy, zanim udzielimy Ochrony wynikającej z Umowy lub w czasie jej trwania (formularze, wnioski o wypłatę, zawiadomienia).
3. Przetwarzamy dane osób, które:
   1) chcą być objęte Ochroną,
   2) są uprawnione, aby otrzymać wypłatę Świadczenia.
4. Zgromadzone przez nas dane osobowe przetwarzamy w związku z tym, że udzielamy Uczestnikom Ochrony, oraz na podstawie:
   1) zgód osób, których te dane dotyczą,
   2) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej,
   3) naszego prawnie uzasadnionego interesu, którym jest zawarcie i wykonanie Umowy.
5. Zgromadzone dane możemy wykorzystać do:
   1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego – również na podstawie stanu zdrowia Uczestników,
   2) ustalenia, czy i w jakiej wysokości Świadczenie powinniśmy wypłacić.

   W czasie wykonywania takich czynności podejmujemy zautomatyzowane decyzje, które opierają się na profilowaniu danych. Profilowanie to dobór produktów ubezpieczeniowych, obliczanie Składki lub wysokości wypłaty.
6. Osoba, której dane przetwarzamy, ma prawo:
   1) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarzamy,
   2) poprawiać te dane albo je usunąć – o ile jest to zgodne z prawem,
   3) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść – o ile jest to zgodne z prawem,
   4) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.
7. Dane osobowe, które przetwarzamy, możemy przekazać:
   1) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia,
   2) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
   3) innym podmiotom w celach marketingowych tylko w przypadku udzielenia takiej zgody.
8. Dane Uczestników możemy uzyskać od innych ubezpieczycieli – na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – jeśli oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe lub rozpatrujemy wniosek o wypłatę pieniędzy z ubezpieczenia.
9. Dane osobowe przetwarzamy do:
   1) dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z tej Umowy, oraz
   2) zakończenia okresu, który wskazuje Ustawa o rachunkowości i Ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
10. Szczegółowy opis sposobu, w jaki przetwarzamy dane osobowe, umieszczamy na stronie www.allianz.pl, w Polityce prywatności.

Jak złożyć reklamację

11. Reklamacja, w tym skarga i zażalenie, to zastrzeżenie, które dotyczy naszych usług. Reklamację może złożyć Ubezpieczający, Uczestnik, Uposażony, Uprawniony z Umowy oraz osoba, która poszukuje Ochrony.
12. Reklamację rozpatruje nasz zarząd lub upoważnieni przez niego pracownicy – najszybciej, jak to możliwe, nie później jednak niż w ciągu 30 dni od jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwiają nam udzielenie odpowiedzi w tym okresie:
    1) wyjaśniamy osobie składającej reklamację, jaka jest przyczyna opóźnienia, oraz
    2) wskazujemy okoliczności, które musimy ustalić, by rozpatrzyć sprawę, oraz
    3) określamy, jaki przewidujemy termin udzielenia odpowiedzi – nie może on jednak przekroczyć 60 dni od otrzymania reklamacji.
13. Zgodnie z obowiązującymi przepisami klient ma prawo złożyć reklamację:
    1) wysyłając wiadomość e-mail na adres: skargi@allianz.pl lub list na adres biura Towarzystwa, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
    2) za pomocą formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl,
    3) dzwoniąc pod numer tel. 224 224 224 (opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora),
    4) osobiście (składając pismo lub ustnie do protokołu) – bezpośrednio w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów lub w biurze Towarzystwa (adres wskazany wyżej).

    Na życzenie osoby, która składa reklamację, przekazujemy potwierdzenie jej złożenia. Forma potwierdzenia zależy od sposobu złożenia reklamacji.
14. Osoba, która składa reklamację, powinna podać dane osobowe i kontaktowe, które umożliwiają identyfikacje tej osoby. Są to zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz PESEL. Przyspieszy to rozpatrzenie reklamacji.
15. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadomimy osobę, która ją złożyła – listownie albo za pomocą innego trwałego nośnika informacji (zgodnie z Ustawą o usługach płatniczych). Na wniosek osoby, która składa reklamację, udzielamy odpowiedzi pocztą elektroniczną.
16. Osoba, która składa reklamację, może odwołać się od naszej decyzji. Jeśli nie uwzględnimy roszczeń tej osoby, może ona złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Rzecznik Finansowy prowadzi postępowanie w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich. Udział w takim postępowaniu jest dla nas obowiązkowy (szczegółowe informacje znajdują się na stronie: www.rf.gov.pl). Osoba fizyczna, która jest Ubezpieczającym, Uczestnikiem lub Uprawnionym z Umowy, ma prawo wystąpić do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego. Mówi o tym Ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmiot rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej.
17. Konsument ma prawo zwrócić się także o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.
18. Osoby, które mogą złożyć Reklamację, mają prawo złożyć pozew do właściwego sądu.
19. Nasza działalność podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Jakie są skutki podania nam nieprawdziwych informacji

20. Państwo (jako Ubezpieczający) oraz Uczestnik mają obowiązek podać nam wszystkie znane sobie okoliczności, o które pytaliśmy na piśmie przed zawarciem Umowy lub objęciem Uczestnika Ochroną. Jeśli w Państwa imieniu Umowę zawarł z nami Państwa przedstawiciel, obowiązek ten dotyczy także jego (i jego wiedzy).
21. Jeśli śmierć Uczestnika jest skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim objęliśmy go Ochroną albo zanim podwyższyliśmy Sumy Ubezpieczenia, i które zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo w ciągu 3 lat od:
    1) objęcia po raz pierwszy Ochroną w ramach Umowy Głównej – odmówić wypłaty Świadczenia,
    2) podwyższenia Sumy Ubezpieczenia – wypłacić Świadczenie w kwocie sprzed podwyższenia.
22. Jeśli:
    1) Niezdolność Uczestnika do Pracy,

2) Niezdolność Uczestnika do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
3) Osierocenie Dziecka
4) Poważne Zachorowanie Uczestnika lub
5) Zdarzenia objęte Ochroną w ramach Umów Dodatkowych

są skutkiem okoliczności, o które pytaliśmy, zanim objęliśmy Uczestnika Ochroną albo zanim podwyższyliśmy Sumy Ubezpieczenia w którymkolwiek z tych ryzyk oraz jeśli te okoliczności zostały zatajone albo podane niezgodnie z prawdą, to mamy prawo:

1) odmówić wypłaty Świadczenia – gdy zadaliśmy pytania przed objęciem Uczestnika Ochroną – albo
2) wypłacić kwotę sprzed podwyższenia – gdy zadaliśmy pytania przed podwyższeniem Sumy Ubezpieczenia.

Jakie jeszcze informacje mogą być istotne dla Państwa (jako Ubezpieczającego)

23. Jeśli nie wypełnią Państwo (jako Ubezpieczający) obowiązków, które wynikają z OWU, lub zrobią to Państwo nienależycie, możemy na podstawie przepisów ogólnych dochodzić naszych praw.
24. Oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia, które wymieniamy w OWU, muszą być złożone na piśmie – chyba że wspólnie z Państwem (jako Ubezpieczającym) uzgodnimy inną formę.
25. Dla Umowy prawem właściwym jest prawo polskie.
26. Wszystkie dokumenty, które musimy otrzymać zgodnie z OWU, muszą być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na ten język przez tłumacza przysięgłego.
27. Ewentualne spory, które wynikają z Umowy, rozpatruje:
    1) sąd właściwy dla naszej siedziby – według przepisów o właściwości ogólnej – albo
    2) sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uczestnika, Współuczestnika, Uposażonego, Uprawnionego lub jego spadkobiercy.
28. Wszystkie dokumenty i oświadczenia, które dotyczą Umowy, będziemy przekazywać Ubezpieczającemu, Uczestnikowi, Współuczestnikowi, Uposażonemu oraz Uprawnionemu na ostatni adres e-mail, który otrzymaliśmy od takiej osoby – chyba że wspólnie uzgodnimy inny sposób.
29. Pieniądze z ubezpieczenia wypłacimy zgodnie z przepisami prawa podatkowego. Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych i zwolnień podatkowych w tym zakresie reguluje Ustawa z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych i ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych oraz kolejne nowelizacje tych ustaw.
30. Ubezpieczający, Uczestnik, Współuczestnik, Uposażony oraz Uprawniony może przenieść prawa, które wynikają z Umowy, na inne osoby tylko za naszą zgodą.
31. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/SNW/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

W Umowie Dodatkowej podstawowym Zdarzeniem jest zawsze Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ale mogą Państwo rozszerzyć ten zakres o Zdarzenia opcjonalne:

1) Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku przy Pracy,
2) Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego.

Zdarzenie podstawowe	Zdarzenia opcjonalne
Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku przy Pracy
	Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego

§ 2

Ochrona z tytułu Śmierci Uczestnika Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy życie Uczestnika.
2. Zdarzeniem podstawowym jest Śmierć Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która zaistniała w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.
3. Zakres Ochrony mogą Państwo rozszerzyć o Zdarzenia opcjonalne:
    1) Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku przy Pracy,
    2) Śmierć Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego,

    która wystąpiła w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

4. Jeśli Uczestnik umrze wskutek:
    1) Nieszczęśliwego Wypadku – wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika,
    2) Wypadku przy Pracy – wypłacimy Świadczenie równe sumie Świadczeń:
        a) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika, oraz
        b) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku przy Pracy – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika, o ile rozszerzyli Państwo zakres Ochrony o to Zdarzenie,
    3) Wypadku Komunikacyjnego – wypłacimy Świadczenie równe sumie Świadczeń:
        a) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika i
        b) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego – która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika, o ile rozszerzyli Państwo zakres Ochrony o to Zdarzenie,
    4) Wypadku Komunikacyjnego, który jest jednocześnie Wypadkiem przy Pracy – wypłacimy Świadczenie równe sumie Świadczeń:
        a) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika oraz
        b) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku przy Pracy – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika, o ile rozszerzyli Państwo zakres Ochrony o to Zdarzenie, oraz
        c) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Wypadku Komunikacyjnego – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika, o ile rozszerzyli Państwo zakres Ochrony o to Zdarzenie.
5. Świadczenie wypłacimy osobie, która w ramach Głównej Umowy Ubezpieczenia jest uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Śmierci Uczestnika.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

6. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI UCZESTNIKA WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU NR PGO/ZZU/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Śmierci Uczestnika Wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy życie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Śmierć Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Zarówno Śmierć Uczestnika, jak i Zawał Serca lub Udar Mózgu muszą zaistnieć w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik umrze wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.
4. Rozpoznanie Zawału Serca lub Udaru Mózgu jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośredniej przyczyny śmierci musi potwierdzać:
   1) karta zgonu lub inny dokument wystawiony przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu, lub
   2) dokumentacja medyczna, która jednoznacznie potwierdza rozpoznanie Zawału Serca lub Udaru Mózgu wystawiona przez placówkę służby zdrowia.
5. Świadczenie wypłacimy osobie, która w ramach Umowy Głównej jest uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Śmierci Uczestnika.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

6. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
7. W odniesieniu do Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w roku poprzedzającym Przystąpienie przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
   3) Wznowienia,
   4) Rozszerzenia Ochrony.
8. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zawał Serca wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony z tytułu tego zdarzenia, a przed pierwszym dniem udzielania Uczestnikowi Ochrony zdiagnozowano u niego chorobę niedokrwienną serca.
9. Obniżymy Świadczenie, jeśli Udar Mózgu wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony z tytułu tego zdarzenia, a przed pierwszym dniem udzielania Uczestnikowi Ochrony zdiagnozowano u niego nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – wypłacimy 5% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Uczestnika, ale nie więcej niż 10 tys. zł.
10. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zawał Serca lub Udar Mózgu jest skutkiem innych chorób niż choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca, które to inne choroby są odnotowane w dokumentacji medycznej Uczestnika i zostały rozpoznane lub leczone u Uczestnika w okresie 5 lat, zanim objęliśmy Uczestnika po raz pierwszy Ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/TIN/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest powstanie Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił podczas trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik dozna Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – która obowiązywała w dniu wystąpienia tego kalectwa – i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli – dla pozycji, która odpowiada temu kalectwu.

Tabela

Uszkodzenie ciała	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
Obustronna utrata wzroku	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Encefalopatia pourazowa	100%
Utrata kończyny dolnej	75%
Utrata kończyny górnej	75%
Utrata podudzia	70%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata oka	50%
Amputacja wszystkich palców ręki	50%
Utrata stopy	50%
Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
Unieruchomienie stawu barkowego	40%
Utrata słuchu w jednym uchu	30%
Amputacja wszystkich palców stopy	30%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu	30%
Utrata co najmniej 3 palców 1 dłoni (bez kciuka)	25%
Unieruchomienie stawu kolanowego	20%
Amputacja kciuka	10%

Terminy użyte w Tabeli oznaczają:

1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,
3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebytym, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w jednym z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,

4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu:
   a) biodrowego lub
   b) barkowego, lub
   c) kolanowego,
   w stopniu większym niż 50%,
5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane uszkodzeniem:
   a) w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i wiązadeł, jak i
   b) innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo-wiązadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa.
   Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym to skrócenie będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

4. Suma Świadczeń, jakie wypłacimy:
   1) w związku z jednym Nieszczęśliwym Wypadkiem,
   2) w trakcie trwania danej Umowy Dodatkowej,
   nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia.
5. W przypadku kilku uszkodzeń ciała wartości procentowe przypisane do poszczególnych uszkodzeń, zgodnie z Tabelą, sumujemy w trakcie trwania danej Umowy Dodatkowej maksymalnie do 100%.
6. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Uczestnika, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Uczestnikowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Uczestnik nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

7. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UCZESTNIKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU POWODUJĄCEGO TRWAŁE UBYTKI NEUROLOGICZNE NR PGO/TUK/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Umowę Dodatkową mogą Państwo zawrzeć w 2 Wersjach, które różnią się metodą obliczenia Świadczenia – Państwo wybierają Wersję.
2. Obydwie Wersje mogą Państwo rozszerzyć o Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.

Nr Wersji	Zakres Ubezpieczenia w Wersji	Zdarzenie opcjonalne
1	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Świadczenie proporcjonalne	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne
2	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Świadczenie progresywne	

Ochrona z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczymy w zależności od wybranej przez Państwa Wersji: metodą proporcjonalną albo progresywną.
4. Jeśli Uczestnik dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie:
   1) jeśli wybiorą Państwo Wersję 1, użyjemy metody proporcjonalnej. Oznacza to, że kwotę Świadczenia obliczymy, mnożąc:
      a) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z dnia, w którym wystąpił Nieszczęśliwy Wypadek, oraz
      b) procent uszczerbku, jakiego doznał Uczestnik wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   2) jeśli wybiorą Państwo Wersję 2, to użyjemy metody progresywnej. Oznacza to, że kwotę Świadczenia obliczymy, mnożąc:
      a) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z dnia, w którym wystąpił Nieszczęśliwy Wypadek, oraz
      b) procent uszczerbku, jakiego doznał Uczestnik wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oraz
      c) wskaźnik naliczenia Świadczenia, który zależy od wysokości doznanego uszczerbku – wskaźnik ten podajemy poniżej.

Wysokość łącznego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
nie więcej niż 25%	1
powyżej 25% do 45%	1,5
powyżej 45% do 65%	2
powyżej 65% do 85%	3
powyżej 85% do 100%	4

5. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ocenia wyznaczony przez nas lekarz – gdy Uczestnik skończy leczenie i rehabilitację.
6. Jeśli suma procentów Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu, za które wypłaciliśmy Świadczenie, przekroczy 100, to Świadczenie z tytułu kolejnego Zdarzenia wyniesie 10% kwoty obliczonej w sposób z ust. 4. Tę zasadę stosujemy dla obu metod obliczenia Świadczenia.
7. Jeśli wybiorą Państwo Wersję 1, to za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
8. Jeśli wybiorą Państwo Wersję 2, to za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy maksymalnie 400% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
9. Gdy Uczestnik uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte trwałym uszczerbkiem, to lekarz oceni wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jako różnicę pomiędzy obecnym stanem tego narządu lub organu a stanem istniejącym bezpośrednio przed Nieszczęśliwym Wypadkiem.
10. Gdy Uczestnik uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a my wypłaciliśmy z tego tytułu Świadczenie, to wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczymy w następujący sposób: odejmiemy od obecnego stopnia Trwałego Uszczerbku wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (ustala go lekarz) wysokość poprzedniego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, za który wypłaciliśmy Świadczenie.

11. Jeśli leczenie i rehabilitacja trwają dłużej niż 6 miesięcy, Uczestnik może wnioskować o wypłatę części Świadczenia. W takim przypadku wypłacimy połowę minimalnego przewidywanego Świadczenia. Obliczymy je na podstawie przedstawionych przez Uczestnika dokumentów i opinii naszego lekarza. Gdy po zakończeniu leczenia i rehabilitacji będziemy obliczać końcowe Świadczenie, odejmiemy od niego to wypłacone wcześniej.
12. Jeśli lekarz nie będzie mógł określić, w jakim stopniu narząd lub organ były uszkodzone, to przyjmujemy, że przed Nieszczęśliwym Wypadkiem nie było Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
13. Jeśli wypłacimy Świadczenie, a potem – w ciągu 24 miesięcy od Nieszczęśliwego Wypadku – powiększy się u Uczestnika stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to ponownie ocenimy wysokość tego uszczerbku i wypłacimy różnicę. Zrobimy to jednak, o ile Uczestnik zawnioskuje o to i przedstawi nam zaświadczenia lekarskie, które pozwolą na taką ocenę. Uczestnik ma na to 24 miesiące od Zdarzenia.
14. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Uczestnika, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Uczestnikowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Uczestnik nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

15. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
16. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie związany z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej Uczestnika lekarz określi jako „mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy".
17. Za wielomiejscowe uszkodzenie kończyny wypłacimy najwyżej tyle, ile wypłacilibyśmy za utratę odpowiednio części lub całości kończyny.

Ochrona z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Jeśli zakres Ochrony zostanie rozszerzony w tym zakresie, to ubezpieczamy także Zdarzenie, jakim jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne – który to Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne wystąpiły w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Kwotę Świadczenia obliczymy, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne z dnia, w którym Uczestnik doznał Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne oraz
   2) procent uszczerbku, jakiego doznał Uczestnik wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.
4. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne ocenia wyznaczony przez nas lekarz – gdy Uczestnik skończy leczenie i rehabilitację.
5. Jeśli suma procentów Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, przekroczy 100, to Świadczenie z tytułu kolejnego Zdarzenia wyniesie 10% kwoty obliczonej w sposób z ust. 3.
6. Za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, które powstały wskutek jednego Zawału Serca albo jednego Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia.
7. Gdy Uczestnik uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte trwałym uszczerbkiem, to lekarz oceni wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne jako różnicę pomiędzy obecnym stanem tego narządu lub organu a stanem istniejącym bezpośrednio przed Zdarzeniem.
8. Gdy Uczestnik uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, a my wypłaciliśmy z tego tytułu Świadczenie, to wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne obliczymy w następujący sposób: odejmiemy od obecnego stopnia Trwałego Uszczerbku wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne (ustala go lekarz) wysokość poprzedniego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
9. Jeśli leczenie i rehabilitacja trwają dłużej niż 6 miesięcy, Uczestnik może wnioskować o wypłatę części Świadczenia. W takim przypadku wypłacimy połowę minimalnego przewidywanego Świadczenia. Obliczymy je na podstawie przedstawionych przez Uczestnika dokumentów i opinii naszego lekarza. Gdy po zakończeniu leczenia i rehabilitacji będziemy obliczać końcowe Świadczenie, odejmiemy od niego to wypłacone wcześniej.
10. Jeśli lekarz nie będzie mógł określić, w jakim stopniu narząd lub organ były uszkodzone, to przyjmujemy, że przed Zawałem Serca lub przed Udarem Mózgu Powodującym Trwałe Ubytki Neurologiczne nie było Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.
11. Jeśli wypłacimy Świadczenie, a potem – w ciągu 24 miesięcy od Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne – powiększy się u Uczestnika stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, to ponownie ocenimy wysokość tego uszczerbku i wypłacimy różnicę. Zrobimy to jednak, o ile Uczestnik zawnioskuje o to i przedstawi nam zaświadczenia lekarskie, które pozwolą na taką ocenę. Uczestnik ma na to 24 miesiące od Zdarzenia.
12. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Uczestnika, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Uczestnikowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Uczestnik nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

13. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
14. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
   1) Zawał Serca wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia trwania Ochrony z tytułu tego Zdarzenia i jeśli przed tym dniem u Uczestnika zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę,
   2) Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia trwania Ochrony z tytułu tego Zdarzenia i jeśli przed tym dniem u Uczestnika zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
15. Do wypłaty z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne potrzebujemy jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Uczestnika wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne był Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO I REKONWALESCENCJI UCZESTNIKA NR PGO/LSR/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Umowę Dodatkową mogą Państwo zawrzeć w jednej z 3 Wersji, które różnią się zakresem ubezpieczenia – Państwo wybierają Wersję.
2. Wersje 1 i 2 mogą Państwo rozszerzyć o Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Rekonwalescencję albo o oba te Zdarzenia.
3. Wersję 3 mogą Państwo rozszerzyć o Rekonwalescencję.

<table>
<tr><th>Nr Wersji</th><th>Zdarzenie podstawowe</th><th colspan="2">Zdarzenia opcjonalne</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Leczenie Szpitalne Uczestnika</td><td rowspan="2">Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku</td><td rowspan="3">Rekonwalescencja</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1) Leczenie Szpitalne Uczestnika – świadczenie progresywne
2) Pobyt na OIT/ OIOM</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Leczenie Szpitalne Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku</td><td>--</td></tr>
</table>

Ochrona z tytułu Leczenia Szpitalnego – Wersja 1 i 2

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest:
   1) Leczenie Szpitalne, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej – w Wersji 1,
   2) Leczenie Szpitalne, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej, oraz Pobyt Uczestnika na OIT/ OIOM w trakcie Leczenia Szpitalnego – w Wersji 2.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik będzie leczony w Szpitalu co najmniej 4 dni, gdy wyjdzie ze Szpitala, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego z dnia, w którym rozpoczęło się to leczenie,
   2) liczbę dni leczenia, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony i
   3) odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia, który zależy od długości i przyczyny leczenia (jeśli będzie kilka przyczyn, uwzględnimy tylko 1 wskaźnik naliczenia Świadczenia – najwyższy):
      a) jeśli wybiorą Państwo Wersję 1 – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 1,
      b) jeśli wybiorą Państwo Wersję 2 – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 2.
4. Jeśli wybiorą Państwo Wersję 2, a Uczestnik w trakcie Leczenia Szpitalnego co najmniej 24 godziny będzie przebywał na OIT/ OIOM, to wypłacimy mu dodatkowe Świadczenie w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego. Takie dodatkowe Świadczenie wypłacimy jednak tylko raz w danym Roku Ubezpieczenia.
5. Jeśli Leczenie Szpitalne będzie trwało dłużej niż 14 dni, to do obliczenia Świadczenia użyjemy 2 wskaźników, a Świadczenie będzie sumą Świadczeń za:
   1) pierwsze 14 dni leczenia oraz
   2) czas leczenia od 15. dnia do zakończenia tego leczenia albo do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia.

Przykład:

Umowa Dodatkowa zawarta jest w Wersji 2.

Uczestnik z powodu Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy trafia do Szpitala.

Zostaje przyjęty do Szpitala 1 maja, a wypisany 20 maja.

W takim przypadku Świadczenie jest należne za 20 dni Leczenia Szpitalnego Uczestnika.

Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wynosi 5 000 zł.

Po wyjściu Uczestnika ze Szpitala i po złożeniu wniosku o wypłatę Świadczenia wypłacamy Uczestnikowi 2 250 zł.

Kwotę wypłaty obliczamy zgodnie z poniższym:

Suma Ubezpieczenia x % Sumy Ubezpieczenia x liczba dni pobytu w Szpitalu

Pierwsze 14 dni leczenia: (5 000 zł x 3%) x 14 dni = 2 100 zł

Kolejne 6 dni leczenia: (5 000 zł x 0,5%) x 6 dni = 150 zł

Tabela 1. Wersja 1 Leczenia Szpitalnego

Czas Leczenia Szpitalnego	Przyczyna Leczenia Szpitalnego Uczestnika	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego
od 1. do 14. dnia	Nieszczęśliwy Wypadek	1%
	choroba i inna przyczyna niż Nieszczęśliwy Wypadek (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,6%
od 15. dnia	bez względu na przyczynę (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,5%

Tabela 2. Wersja 2 Leczenia Szpitalnego

Czas Leczenia Szpitalnego	Przyczyna Leczenia Szpitalnego	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego
od 1. do 14. dnia	Nieszczęśliwy Wypadek	2%
	Wypadek przy Pracy	2,5%
	Wypadek Komunikacyjny	2,5%
	Wypadek Komunikacyjny przy Pracy	3%
	Zawał Serca lub Udar Mózgu	1,5%
	choroba i inna przyczyna niż wymienione wyżej (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,6%
od 15. dnia	bez względu na przyczynę (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,5%
dodatkowe Świadczenie	za co najmniej 24-godzinny pobyt w trakcie Leczenia Szpitalnego na OIT/ OIOM – 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego	

6. Jeśli w wyniku jednej przyczyny Uczestnik będzie leczony w Szpitalu kilka razy, to gdy będziemy obliczać kwotę wypłaty za 2. i kolejne Leczenia Szpitalne z tej samej przyczyny:
   1) zsumujemy dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych i na tej podstawie zastosujemy odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia – 1. dzień kolejnego Leczenia Szpitalnego potraktujemy tak, jak byłby to kolejny dzień poprzedniego Leczenia Szpitalnego – oraz
   2) do obliczeń zastosujemy Sumę Ubezpieczenia z dnia rozpoczęcia 1. Leczenia Szpitalnego.
7. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie:
   1) 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego – jeśli wybiorą Państwo Wersję 1,
   2) 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego i 10% tej Sumy za 24 godzinny pobyt na OIT/ OIOM – jeśli wybiorą Państwo Wersję 2.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

8. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
9. W odniesieniu do Leczenia Szpitalnego stosujemy Karencję. Trwa ona:
   1) 30 dni i dotyczy Przystąpienia w ciągu 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) 180 dni i dotyczy:
      a) Przystąpienia po 3 miesiącach od uzyskania prawa do Przystąpienia
      b) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
      c) Rozszerzenia Ochrony
      d) Wznowienia.
10. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
    1) Leczenie Szpitalne będzie związane z operacją plastyczną lub kosmetyczną Uczestnika – chyba że będzie niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku, któremu Uczestnik uległ w trakcie trwania Ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej,
    2) Leczenie Szpitalne wystąpi na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Uczestnika nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii),
    3) Uczestnik będzie przebywał w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
    4) w trakcie leczenia Uczestnik umrze.

Ochrona z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Wersja 3 i jako Zdarzenie opcjonalne do Wersji 1 i 2

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Uczestnik ulegnie Nieszczęśliwemu Wypadkowi i będzie leczony w Szpitalu co najmniej 4 dni, to gdy wyjdzie ze Szpitala, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z dnia, w którym rozpoczęło się to leczenie,
   2) liczbę dni leczenia, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony, która wynika z Umowy Dodatkowej i
   3) wskaźnik naliczenia Świadczenia, który odpowiada długości leczenia – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli nr 3.
4. Jeśli Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie trwało dłużej niż 14 dni, to do obliczenia Świadczenia użyjemy 2 wskaźników, a Świadczenie będzie sumą Świadczeń za:
   1) pierwsze 14 dni leczenia oraz
   2) czas leczenia od 15. dnia do zakończenia tego leczenia albo do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia.

Przykład:

Uczestnik z powodu Nieszczęśliwego Wypadku trafia do Szpitala.

Zostaje przyjęty do Szpitala 1 lutego, a wypisany 18 lutego.

W takim przypadku Świadczenie jest należne za 18 dni Leczenia Szpitalnego Uczestnika.

Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wynosi 6 000 zł.

Po wyjściu Uczestnika ze Szpitala i po złożeniu wniosku o wypłatę Świadczenia wypłacamy Uczestnikowi 960 zł.

Kwotę wypłaty obliczamy zgodnie z poniższym:

Suma Ubezpieczenia x % Sumy Ubezpieczenia x liczba dni pobytu w Szpitalu

Pierwsze 14 dni leczenia: (6 000 zł x 1%) x 14 dni = 840 zł

Kolejne 4 dni leczenia: (6 000 zł x 0,5%) x 4 dni = 120 zł

Tabela 3. Wersja 3 Leczenia Szpitalnego

Czas Leczenia Szpitalnego	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego
od 1. do 14. dnia	1%
od 15. dnia	0,5%

5. Jeśli w wyniku jednego Nieszczęśliwego Wypadku Uczestnik będzie leczony w Szpitalu kilka razy, to gdy będziemy obliczać kwotę wypłaty za 2. i kolejne Leczenia Szpitalne wskutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku:
   1) zsumujemy dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych i na tej podstawie zastosujemy odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia – 1. dzień kolejnego Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku potraktujemy tak, jak byłby to kolejny dzień poprzedniego Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – oraz
   2) do obliczeń zastosujemy Sumę Ubezpieczenia z dnia rozpoczęcia 1. Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
6. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

7. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
8. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
   1) Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wystąpi na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii),
   2) Uczestnik będzie przebywał w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
   3) w trakcie leczenia Uczestnik umrze.

Ochrona z tytułu Rekonwalescencji – jako Zdarzenie opcjonalne do Wersji 1, 2 i 3

§ 4

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Rekonwalescencja w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli:
   1) Uczestnik będzie leczony w Szpitalu co najmniej 7 dni oraz
   2) Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego lub Leczenia Szpitalnego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie należne, oraz
   3) Uczestnik po zakończeniu leczenia otrzyma co najmniej 14-dniowe zwolnienie lekarskie,

   to po zakończeniu tego zwolnienia wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji. Kwotę wypłaty obliczymy, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji z dnia, w którym rozpoczęło się zwolnienie lekarskie oraz
   2) liczbę dni Rekonwalescencji, oraz
   3) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 4.
4. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji.

Tabela 4. Rekonwalescencja

Rekonwalescencja, która trwała co najmniej 14 dni	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Rekonwalescencji
od 1. dnia	1%

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

5. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
6. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Rekonwalescencji, jeśli:
   1) w jej trakcie rozpocznie się kolejne Leczenie Szpitalne albo Leczenie Szpitalne wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   2) rozpocznie się ona w trakcie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego Uczestnika;
   3) w jej trakcie Uczestnik umrze.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO „ZDROWE ŻYCIE" I REHABILITACJI UCZESTNIKA NR PGO/HCR/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Umowę Dodatkową mogą Państwo zawrzeć w 2 Wersjach, które różnią się zakresem ubezpieczenia – Państwo wybierają Wersję.
2. Wersje 1 i 2 mogą Państwo rozszerzyć o Rehabilitację Uczestnika.
3. Wersję 2 mogą Państwo rozszerzyć w taki sposób, że gdy zajdą okoliczności, które są wskazane w części 4 Wykazu Postępowań Medycznych (Wykaz), to wypłacimy Świadczenie Lekowe.

Nr Wersji	Zdarzenie podstawowe	Zdarzenie opcjonalne	
1	1) Postępowanie Medyczne: a) operacyjne b) zabiegowe 2) okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe	--	Rehabilitacja
2	1) Postępowanie Medyczne: a) operacyjne b) zabiegowe c) zachowawcze 2) okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe	Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Lekowe	Rehabilitacja

Ochrona z tytułu Świadczenia Szpitalnego Uczestnika „Zdrowe Życie"

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest:
   1) przeprowadzenie u Uczestnika Postępowania Medycznego – wskazujemy je w części 1 i 2 Wykazu,
   2) wystąpienie okoliczności, w których wypłacimy:
      a) Świadczenia Ryczałtowe – wskazujemy je w części 3 Wykazu,
      b) Świadczenia Lekowe – jeśli wybiorą Państwo taką opcję w Wersji 2 – wskazujemy je w części 4 Wykazu,

   które wystąpiły w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.
3. Gdy Uczestnik przystąpił do ubezpieczenia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia oraz w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata, to Ochrona obejmuje wyłącznie Postępowania Medyczne wskazane w Wykazie Postępowań Medycznych w kolumnie „Zakres dla osób w wieku 62+", z zastrzeżeniem że, jeśli danego Postępowania Medycznego nie ma w zakresie Wersji 1, to nie ma go również w zakresie Wersji 1 dla Uczestnika, który w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

4. Gdy zajdzie Zdarzenie, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
5. Jeśli wypłacimy Świadczenie za Postępowanie Medyczne, a Zdarzenie spełnia kryteria, które opisane są w części 3 Wykazu, to wypłacimy dodatkowo jedno Świadczenie Ryczałtowe.
6. Jeśli wypłacimy Świadczenie za Postępowanie Medyczne, a Zdarzenie spełnia kryteria, które opisane są w części 4 Wykazu, to wypłacimy dodatkowo jedno Świadczenie Lekowe – jeśli rozszerzyli Państwo zakres ubezpieczenia w Wersji 2 o taką opcję.
7. Świadczenie Ryczałtowe obliczymy, mnożąc:
   1) niższą z kwot – Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, lub kwotę 10 000 zł, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z części 3 Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
8. Świadczenie Lekowe obliczymy, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Lekowego, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z części 4 Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
9. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie, potrzebujemy poniższych dokumentów:
   1) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
   2) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Uczestnika w szpitalu,
   3) inne dokumenty, których potrzebujemy, aby ustalić wysokość Świadczenia i je wypłacić.
10. Świadczenie z tytułu przeprowadzenia Postępowania Medycznego wypłacimy Uczestnikowi nie wcześniej niż po zakończeniu Hospitalizacji.
11. Jeśli w trakcie jednej Hospitalizacji przeprowadzone zostało więcej niż jedno Postępowanie Medyczne objęte Ochroną w ramach Umowy Dodatkowej, zapłacimy jedno – najwyższe – z należnych Świadczeń przewidzianych na wypadek Zdarzeń, których roszczenie dotyczy.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

12. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
13. W odniesieniu do Świadczenia Szpitalnego stosujemy Karencję. Trwa ona:
    1) 90 dni i dotyczy Przystąpienia przed upływem 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) 180 dni i dotyczy:
        a) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
        b) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
        c) Rozszerzenia Ochrony,
        d) Wznowienia.
14. Ochrona z tytułu Postępowań Medycznych wskazanych w części 2 Wykazu rozpoczyna się po upływie 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej – Ochrony, którą liczymy od dnia Przystąpienia, Rozszerzenia Ochrony oraz Wznowienia.
15. Nie wypłacimy Świadczenia:
    1) za kolejne takie samo Postępowanie Medyczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, jak i każde inne Postępowanie Medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w tej samej pozycji Wykazu i nie upłynął odpowiedni okres – od końca poprzedniego pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało wykonane takie postępowanie, do początku pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem – ograniczenie nie dotyczy tych Postępowań Medycznych, które przeprowadzono na rzecz Uczestnika w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem; odpowiednim okresem, o którym mowa powyżej, jest 5 lat (oznaczamy go w Wykazie słowami „5 lat") z następującymi wyjątkami:
        a) w przypadku Postępowań Medycznych, które dotyczą narządów symetrycznych liczymy ten okres odrębnie dla narządu prawego i lewego (takie Postępowania Medyczne oznaczamy w Wykazie słowami „5lat/5lat"),
        b) w przypadku takiego samego Postępowania Medycznego, które dotyczy struktury wielokrotnie występującej, ale anatomicznie inaczej położonej, okres ten skracamy do 18 miesięcy (takie Postępowania Medyczne oznaczamy w Wykazie słowami „5 lat/18 miesięcy"),
    2) jeśli Zdarzenie spowodują Nieprawidłowości Zdrowotne. Zrezygnujemy z tego ograniczenia (czyli wypłacimy Świadczenie), jeśli w ciągu 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony udzielanej Uczestnikowi na podstawie Umów Dodatkowych Świadczenia Szpitalnego w związku z daną chorobą lub urazem spowodowanym Nieszczęśliwym Wypadkiem Uczestnik nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków ani nie oczekiwał na inne Postępowanie Medyczne związane z tą chorobą lub urazem,
    3) jeśli Zdarzenie powstanie w związku z:
        a) chorobą przewlekłą,
        b) wadą wrodzoną,
        c) chorobą wywołaną przez HIV,
        d) klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji państwowej.

Ochrona z tytułu Rehabilitacji Uczestnika

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Rehabilitacja Uczestnika, która rozpoczęła się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.
3. Począwszy od Rocznicy, która następuje po ukończeniu przez Uczestnika 62 lat, pokryjemy jedynie koszty Rehabilitacji ortopedycznej Uczestnika.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

4. Gdy zajdzie Zdarzenie, to pokryjemy koszt pierwszych 90 dni Rehabilitacji.
5. Przy ustalaniu wysokości Świadczenia uwzględnimy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji Uczestnika.
6. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęła się więcej niż 1 Rehabilitacja, przy ustalaniu wysokości Świadczeń związanych z odbytą Rehabilitacją uwzględnimy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia przez Uczestnika Rehabilitacji.
7. W przypadku, gdy w danym Roku Ubezpieczenia rozpoczęła się Rehabilitacja, która jest kontynuacją leczenia w szpitalu określonej choroby lub skutków Nieszczęśliwego Wypadku, przy ustalaniu wysokości Świadczeń związanych z kolejnymi seriami zabiegów rehabilitacyjnych uwzględniamy wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia przez Uczestnika 1. serii zabiegów.
8. W Umowie Dodatkowej obowiązują:
    1) limit kwoty możliwej do wykorzystania wskutek 1 Zdarzenia równy 40% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji,
    2) maksymalna liczba Zdarzeń, po zajściu których kolejna Rehabilitacja nie może być rozliczona z Umowy Dodatkowej, równa 3 Zdarzeniom w każdym Roku Ubezpieczenia.
9. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji wypłacimy Uczestnikowi po zakończeniu Rehabilitacji.
10. Świadczenie z tytułu Rehabilitacji możemy wypłacić przed jej zakończeniem, jeśli kwota poniesionych przez Uczestnika kosztów, która wynika ze zgromadzonych rachunków, przekracza 40% Sumy Ubezpieczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

11. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
12. W Umowie Dodatkowej w odniesieniu do ryzyka Rehabilitacji stosujemy Karencję. Trwa ona:
    1) 90 dni i dotyczy Przystąpienia przed upływem 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) 180 dni i dotyczy:
        a) Przystąpienia po 3 miesiącach od daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
        b) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
        c) Rozszerzenia Ochrony,
        d) Wznowienia.
13. Nie wypłacimy Świadczenia, jeżeli Rehabilitacja została przeprowadzona w okresie 5 lat, licząc od 1. dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej i przed rozpoczęciem tej Ochrony u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
    1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku wymagającego Rehabilitacji neurologicznej Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne,
    2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku wymagającego Rehabilitacji kardiologicznej Zawału Serca,
    3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku wymagającej Rehabilitacji kardiologicznej operacji serca.
14. Nie pokryjemy kosztów Rehabilitacji w przypadku powtórnego wystąpienia choroby lub powtórnego uszkodzenia wcześniej uszkodzonej kości lub struktury kostnej, które były powodem przeprowadzenia procesu Rehabilitacji w przeszłości, w trakcie trwania Ochrony wynikającej z którejkolwiek Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie" i Rehabilitacji Uczestnika, jeżeli za tę Rehabilitację wypłaciliśmy Świadczenie.
15. Pokryjemy 50% kosztów Rehabilitacji ortopedycznej, gdy uszkodzona kość lub struktura była przed Nieszczęśliwym Wypadkiem osłabiona przez proces zwyrodnieniowy.

§ 4

Załącznikiem do tych OWU UD jest Wykaz Postępowań Medycznych.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Zdrowe Życie" i Rehabilitacji Uczestnika nr PGO/HCR/2024/1 oraz do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego Małżonka Uczestnika „Zdrowe Życie" nr PGO/HBM/2024/1

Część 1. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE						
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Wskaźnik naliczenia Świadczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 62+[1]
				Wersja 1	Wersja 2	
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%	--	✓	✓
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%	--	✓	✓
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%	--	✓	--
5	5 lat/ 18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%	✓	✓	--
6	5 lat/ 5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%	✓	✓	--
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%	✓	✓	--
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%	--	✓	✓
9	5 lat/ 18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%	✓	✓	✓
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%	--	✓	✓
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%	--	✓	--
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%	--	✓	--
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%	✓	✓	--
14	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓	✓
15	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
16	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
17	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%	✓	✓	✓
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%	✓	✓	✓
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%	✓	✓	✓
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%	✓	✓	✓
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓	✓
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓	✓
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%	✓	✓	✓
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%	✓	✓	✓
26	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
27	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
28	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
29	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony zachowawczo	10%	--	✓	✓
30	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%	✓	✓	✓
31	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%	--	✓	✓
32	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%	✓	✓	✓
33	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓

34	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%	✓	✓	✓
35	5 lat/ 18 mies.	Przepuklina jądra miażdżystego leczona operacyjnie	7%	✓	✓	--
36	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%	✓	✓	✓
37	5 lat	Choroba Alzheimera lub choroba naczyniowa mózgu objawiająca się otępieniem, stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	11%	--	✓	--
38	5 lat	Choroba Parkinsona lub zespół parkinsonowski stwierdzone po raz pierwszy w trakcie leczenia szpitalnego	13%	--	✓	--
39	5 lat	Stwardnienie rozsiane leczone zachowawczo	7%	--	✓	--
40	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%	--	✓	--
41	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%	--	✓	--

CHOROBY NARZĄDU WZROKU						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%	✓	✓	✓
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
47	5 lat/ 5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%	✓	✓	--
48	5 lat/ 5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%	✓	✓	--
49	5 lat	Półpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%	✓	✓	✓
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%	--	✓	✓
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%	✓	✓	✓
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
58	5 lat	Jaskra leczona zachowawczo	4%	--	✓	✓
59	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%	✓	✓	✓
60	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%	✓	✓	✓
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%	✓	✓	✓
64	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
65	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
67	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%	✓	✓	✓
68	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%	✓	✓	✓

CHOROBY OTOLARYNGOLOGICZNE						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
69	nie dotyczy	Uraz nosa leczony zachowawczo	1%	--	✓	✓

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

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%	--	✓	✓
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%	--	✓	✓
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%	--	✓	✓
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%	--	✓	--
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%	--	✓	--
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%	✓	✓	--
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%	--	✓	--
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	--
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	--

108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem 1 lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%	--	✓	✓
109	5 lat	Suche zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%	--	✓	✓
111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%	✓	✓	✓
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%	✓	✓	✓
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓	✓
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%	--	✓	✓
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%	--	✓	✓
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%	--	✓	✓
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%	--	✓	✓
122	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%	✓	✓	✓
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%	--	✓	✓
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie, leczony zachowawczo	11%	--	✓	✓
125	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
126	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%	✓	✓	✓
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%	--	✓	✓
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%	--	✓	✓
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%	--	✓	✓
135	5 lat/ 5 lat	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej, leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%	--	✓	✓
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%	✓	✓	✓
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%	--	✓	✓
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca leczone zachowawczo	7%	--	✓	✓
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%	--	✓	✓
143	5 lat	Choroba niedokrwienna serca leczona zachowawczo	5%	--	✓	✓

144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%	--	✓	--
145	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%	✓	✓	--
146	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%	✓	✓	--
147	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%	✓	✓	--
148	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%	✓	✓	--
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%	✓	✓	--
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%	✓	✓	--
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera/ defibrylatora	30%	✓	✓	--
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%	✓	✓	--
155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%	--	✓	--
156	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓	--
157	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓	--
158	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%	✓	✓	--
159	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%	✓	✓	--
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	31%	✓	✓	✓
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%	✓	✓	✓
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej z zastosowaniem stentu)	40%	✓	✓	✓
163	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%	✓	✓	✓
164	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%	✓	✓	✓
165	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%	✓	✓	✓
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	25%	✓	✓	✓
167	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓	--
168	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%	✓	✓	--
169	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓	--
170	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%	✓	✓	--
171	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓	--
172	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%	✓	✓	--
173	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO						
Nr poz.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Zdarzenia	Wskaźnik naliczenia Świadczenia	Zakres Świadczeń		Zakres dla osób w wieku 62+[1]
				Wersja 1	Wersja 2	
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%	--	✓	✓
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%	✓	✓	✓
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%	--	✓	✓
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%	✓	✓	✓
180	5 lat	Krwawienie z żylaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓	✓
181	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
184	5 lat/ 5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
185	5 lat/ 5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%	✓	✓	✓
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%	✓	✓	✓
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%	✓	✓	✓
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%	✓	✓	✓
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjne (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%	✓	✓	✓
192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%	--	✓	✓
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%	--	✓	✓
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%	✓	✓	✓
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%	✓	✓	✓
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%	✓	✓	✓
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%	✓	✓	✓
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%	✓	✓	✓
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%	--	✓	✓
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%	✓	✓	✓

209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%	✓	✓	✓
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%	--	✓	✓
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	18%	✓	✓	✓
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	25%	✓	✓	✓
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	21%	✓	✓	✓
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	27%	✓	✓	✓
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%	✓	✓	✓
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%	--	✓	✓
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%	✓	✓	✓
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%	✓	✓	✓
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%	--	✓	✓
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%	✓	✓	✓
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%	--	✓	✓
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%	--	✓	--
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%	✓	✓	✓
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%	--	✓	✓
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%	✓	✓	✓
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%	--	✓	✓
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%	✓	✓	✓
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%	✓	✓	✓
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%	✓	✓	✓

242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%	--	✓	✓
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%	✓	✓	✓
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%	✓	✓	✓
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%	✓	✓	✓

CHOROBY NARZĄDU RUCHU						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%	--	✓	✓
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%	--	✓	✓
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%	--	✓	✓
258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓	✓
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓	✓
263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%	✓	✓	✓
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%	✓	✓	✓
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%	✓	✓	✓
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%	✓	✓	✓
271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%	✓	✓	✓
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%	✓	✓	✓
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%	✓	✓	✓
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%	--	✓	✓
275	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%	✓	✓	✓
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%	✓	✓	✓

279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%	--	✓	--
282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	10%	✓	✓	--
283	5 lat/ 18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	--
284	5 lat/ 18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	--
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%	--	✓	✓
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%	--	✓	✓
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%	✓	✓	✓
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	✓
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	✓
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	✓
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	✓
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	✓
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%	✓	✓	✓
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%	✓	✓	✓
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
299	5 lat/ 5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%	✓	✓	✓
300	5 lat/ 5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%	✓	✓	✓
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%	✓	✓	✓
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%	✓	✓	✓
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%	--	✓	✓
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%	✓	✓	✓
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%	--	✓	✓
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%	--	✓	✓
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%	--	✓	✓
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%	--	✓	✓
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%	--	✓	✓
311	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%	✓	✓	--
312	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	--
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%	--	✓	--
314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%	✓	✓	--

315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%	✓	✓	--
316	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%	✓	✓	--
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%	✓	✓	✓
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%	✓	✓	✓
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%	--	✓	✓
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%	✓	✓	✓
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%	✓	✓	✓
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%	✓	✓	✓
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%	✓	✓	✓
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%	✓	✓	✓
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%	✓	✓	✓
327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%	✓	✓	✓
328	5 lat/ 5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%	✓	✓	✓
329	5 lat/ 5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%	✓	✓	✓
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%	--	✓	✓
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%	--	✓	✓
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%	✓	✓	✓
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%	✓	✓	✓

CHOROBY SKÓRY						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
334	5 lat	Nowotwór łagodny skóry, zniekształcenia bliznowate leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu sutka, nowotworu powieki, torbieli włosowej oraz znamion barwnikowych)	3%	✓	✓	✓
335	5 lat	Choroba alergiczna skóry leczona zachowawczo	2%	--	✓	✓
336	5 lat	Choroba ropna skóry, choroba wirusowa skóry, choroba pęcherzowa skóry leczone zachowawczo oraz zabiegowo	4%	--	✓	✓
337	5 lat	Rana otwarta skóry zaopatrzona chirurgicznie	3%	✓	✓	✓
338	5 lat/ 5 lat	Owrzodzenie podudzi leczone operacyjnie (z wyłączeniem owrzodzeń w przebiegu cukrzycy)	18%	✓	✓	--
339	5 lat/ 5 lat	Owrzodzenie podudzi w przebiegu cukrzycy leczone operacyjnie	24%	✓	✓	--
340	5 lat	Skórna odmiana liszaja rumieniowatego, twardzina skóry (skleroderma) leczone zachowawczo	10%	--	✓	✓
341	5 lat	Rumień guzowaty, martwicze zapalenie skóry leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
342	5 lat	Choroba wynikająca z nadmiernego i nieprawidłowego rogowacenia oraz łuszczyca leczone zachowawczo	8%	--	✓	✓
343	5 lat	Liszaj płaski leczony zachowawczo	3%	--	✓	✓
344	5 lat	Torbiel włosowa leczona operacyjnie	3%	✓	✓	✓
345	5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony zachowawczo	3%	--	✓	✓
346	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny sutka leczony operacyjnie	4%	✓	✓	✓
347	5 lat/ 5 lat	Choroba sutka leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego i łagodnego)	4%	✓	✓	✓
348	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych lub z wycięciem węzła chłonnego wartowniczego	6%	✓	✓	✓

349	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy sutka leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	12%	✓	✓	✓
350	5 lat	Nowotwór złośliwy skóry tułowia, głowy lub twarzy leczony operacyjnie	8%	✓	✓	✓
351	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny górnej leczony operacyjnie	8%	✓	✓	✓
352	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy skóry kończyny dolnej leczony operacyjnie	9%	✓	✓	✓

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
353	5 lat	Cukrzyca leczona zachowawczo (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych)	7%	--	✓	✓
354	5 lat	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	8%	--	✓	✓
355	5 lat	Zaburzenia w układzie wydzielania wewnętrznego leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
356	5 lat	Choroba tarczycy leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
357	5 lat	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	13%	✓	✓	✓
358	5 lat	Choroba przysadki leczona operacyjnie	23%	✓	✓	✓
359	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczona operacyjnie	15%	✓	✓	✓
360	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%	--	✓	✓
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%	--	✓	✓
363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%	--	✓	✓
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%	✓	✓	✓
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%	✓	✓	✓
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%	✓	✓	✓
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%	--	✓	--
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%	✓	✓	✓
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%	✓	✓	✓
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%	✓	✓	✓
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie (z wyłączeniem wypadania narządu rodnego)	10%	✓	✓	✓
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%	✓	✓	✓
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%	--	✓	✓
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%	✓	✓	✓
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%	✓	✓	✓
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%	✓	✓	✓
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
379	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%	✓	✓	✓

380	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%	✓	✓	✓
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%	✓	✓	✓
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%	✓	✓	✓

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
383	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub prącia leczone zachowawczo (z wyłączeniem przepukliny mosznowej lub chorób przenoszonych drogą płciową)	3%	--	✓	✓
384	5 lat	Zapalenie gruczołu krokowego leczone zachowawczo	5%	--	✓	✓
385	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
386	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	6%	✓	✓	✓
387	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
388	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3%	✓	✓	✓
389	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4%	✓	✓	✓
390	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	4%	✓	✓	✓
391	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	5%	✓	✓	✓
392	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	4%	✓	✓	✓
393	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	6%	✓	✓	✓
394	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	5%	✓	✓	✓
395	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	7%	✓	✓	✓
396	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony zachowawczo	2%	--	✓	✓
397	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	11%	✓	✓	✓
398	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	15%	✓	✓	✓

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%	--	✓	✓
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%	✓	✓	✓
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%	✓	✓	✓
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%	✓	✓	✓
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%	✓	✓	✓
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%	✓	✓	✓
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%	--	✓	✓
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓

407	5 lat/ 5 lat	Torbiel/ nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
408	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
409	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%	✓	✓	✓
410	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
411	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
412	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%	✓	✓	✓
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%	--	✓	✓
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%	✓	✓	✓
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%	✓	✓	✓
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%	✓	✓	✓
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%	✓	✓	✓
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%	✓	✓	✓
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%	✓	✓	✓

CHOROBY HEMATOLOGICZNE						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
421	5 lat	Zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem leczenia chemio- i/lub radioterapii)	6%	--	✓	✓
422	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%	✓	✓	✓
423	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo (z wyłączeniem przewlekłej białaczki)	13%	--	✓	✓
424	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓	✓
425	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓	✓
426	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%	✓	✓	✓
427	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%	✓	✓	✓

TRAUMATOLOGIA						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
428	nie dotyczy	Oparzenia powierzchowne I/ II stopnia leczone zachowawczo	6%	--	✓	✓
429	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/ III stopnia leczone zachowawczo	11%	--	✓	✓

430	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/ III stopnia leczone operacyjnie bez wykonania przeszczepu skóry	16%	✓	✓	✓
431	nie dotyczy	Oparzenia głębokie II/ III stopnia leczone operacyjnie z wykonaniem przeszczepu skóry	44%	✓	✓	✓
432	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny górnej wywołana urazem leczona operacyjnie	5%	✓	✓	✓
433	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry kończyny dolnej wywołana urazem leczona operacyjnie	11%	✓	✓	✓
434	nie dotyczy	Rozległa utrata lub martwica skóry tułowia lub szyi wywołana urazem leczona operacyjnie	20%	✓	✓	✓
435	nie dotyczy	Uraz głowy ze wstrząśnieniem/ wstrząsem mózgu leczony zachowawczo	4%	--	✓	✓
436	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy bez obecności stłuczeń mózgu i zmian pourazowych kości czaszki leczony operacyjnie	15%	✓	✓	✓
437	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu bez złamań kości czaszki leczony operacyjnie	20%	✓	✓	✓
438	nie dotyczy	Ostry pourazowy krwiak śródczaszkowy z obecnością stłuczeń mózgu i złamań kości czaszki leczony operacyjnie	24%	✓	✓	✓
439	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) niewymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	--	✓	✓
440	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony zachowawczo (z wyłączeniem urazu narządu ruchu) wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	16%	--	✓	✓
441	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo niewymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	8%	--	✓	✓
442	nie dotyczy	Uraz głowy lub klatki piersiowej z jednoczesnym urazem wielomiejscowym narządu ruchu leczony zachowawczo wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii	17%	--	✓	✓
443	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem urazu narządu ruchu)	30%	✓	✓	✓
444	nie dotyczy	Uraz wielonarządowy z zespołem ostrej niewydolności oddechowej leczony na oddziale intensywnej terapii	57%	--	✓	✓

Część 2. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE 24+						
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
				Wersja 1	**Wersja 2**	
445	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%	✓	✓	--
446	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%	✓	✓	--
447	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%	✓	✓	--
448	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%	✓	✓	--

Część 3. ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE					
Nr poz.	**Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
			Wersja 1	**Wersja 2**	
449	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%	✓	✓	✓
450	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%	✓	✓	--

Część 4. ŚWIADCZENIE LEKOWE					
Nr poz.	**Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Lekowe**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**	**Zakres Świadczeń**		**Zakres dla osób w wieku 62+[1]**
			Wersja 1	**Wersja 2**	
451	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu zachowawczym, za wyjątkiem zachowawczego leczenia nowotworu złośliwego	6%	--	✓	✓
452	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu operacyjnym/ zabiegowym, za wyjątkiem operacyjnego leczenia nowotworu złośliwego	3%	--	✓	✓

453	Postępowanie medyczne zastosowane w leczeniu nowotworu złośliwego	20%	–	✓	✓
	Zastosowanie chemioterapii niestandardowej (przy użyciu środka leczniczego dopuszczonego do obrotu na terenie Unii Europejskiej)	100%	–	✓	✓

[1] Dotyczy osób, o których mowa w § 2 ust. 3 OWU UD PGO/HCR/2024/1 oraz w § 2 ust. 2 OWU UD PGO/HBM/2024/1

[2] Świadczenie to nie jest należne jeśli wypłaciliśmy takie Świadczenie na podstawie Umów Dodatkowych Świadczenia Szpitalnego, które dotyczą odpowiednio Uczestnika lub Małżonka

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ZACHOROWANIA UCZESTNIKA NA NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY „RAKASSISTANCE" NR PGO/PNR/2024/1

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Zachorowania Uczestnika na Nowotwór Złośliwy „Rakassistance"

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest:
   1) zdiagnozowanie u Uczestnika Nowotworu Złośliwego. Diagnoza musi być postawiona i potwierdzona przez lekarza specjalistę w trakcie Ochrony,
   2) uznanie Uczestnika – w trakcie Ochrony – za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku z zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, którego dotyczy Diagnoza – niezdolność musi być poświadczona decyzją właściwego organu rentowego.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli u Uczestnika zostanie zdiagnozowany Nowotwór Złośliwy, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie – zgodnie z Tabelą, poz. 1.
4. Jeśli zły stan zdrowia Uczestnika będzie się przeciągał z powodu Nowotworu Złośliwego – za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy Świadczenie – którego dotyczy Diagnoza i z tego powodu Uczestnik otrzyma decyzję o niezdolności do pracy zarobkowej, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie Dopełniające – zgodnie z Tabelą, poz. 2.
5. Jeśli w trakcie Ochrony będzie prowadzone u Uczestnika leczenie Nowotworu Złośliwego, za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy Świadczenie, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenia Uzupełniające zgodnie z Tabelą, poz. 3-9 – o ile zaistnieją okoliczności warunkujące wypłatę Świadczeń Uzupełniających.
6. Podczas przynależności Uczestnika do Programu wypłacimy każde Świadczenie Uzupełniające tylko raz – chyba że w Tabeli podano inaczej.
7. Jeśli proces leczenia Nowotworu Złośliwego, za zdiagnozowanie którego wypłaciliśmy Świadczenie, zostanie wznowiony w związku z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza:
   1) o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub
   2) takim samym umiejscowieniu, co oznacza, że Nowotwór Złośliwy dotyczy tego samego narządu/ organu lub 2. takiego samego narządu/ organu (jeśli są symetryczne, np. nerki, płuca),

   to Świadczenie Uzupełniające oraz Świadczenie Dopełniające wypłacimy pod warunkiem, że w procesie wcześniej prowadzonego leczenia:
   1) nie zostało ono wypłacone albo
   2) nie został wyczerpany limit wypłat Świadczeń dla niego ustanowiony.
8. Tabela podaje wysokości Świadczenia, Świadczeń Uzupełniających oraz Świadczenia Dopełniającego. Wysokości Świadczeń są podane w procentach Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania na Nowotwór Złośliwy. W przypadku:
   1) Świadczenia lub Świadczeń Uzupełniających będzie to suma obowiązująca w dniu postawienia Diagnozy,
   2) Świadczenia Dopełniającego będzie to suma obowiązująca w dniu uznania Uczestnika za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku ze zdiagnozowaniem u niego Nowotworu Złośliwego.

Tabela

Lp.	Zdarzenie, które warunkuje wypłatę Świadczenia	**Wysokość Świadczenia** w procentach Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania na Nowotwór Złośliwy, która obowiązuje w dniu postawienia Diagnozy
1.	Zdiagnozowanie Nowotworu Złośliwego na podstawie wyniku badania histopatologicznego	15%
	Zdarzenie, które warunkuje wypłatę Świadczenia Dopełniającego	**Wysokość Świadczenia Dopełniającego** w procentach Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania na Nowotwór Złośliwy, która obowiązuje w dniu uzyskania decyzji właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej
2.	Uznanie Uczestnika za niezdolnego do pracy zarobkowej w związku z zachorowaniem na Nowotwór Złośliwy, którego dotyczy Diagnoza	N% gdzie N to większa z wartości: 60% albo 100% pomniejszone o sumę procentów odpowiadających wypłaconym Świadczeniom i Świadczeniom Uzupełniającym
	Okoliczności, które warunkują wypłatę Świadczeń Uzupełniających	**Wysokość Świadczenia Uzupełniającego** w procentach Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania na Nowotwór Złośliwy, która obowiązuje w dniu postawienia Diagnozy
3.	Zakończenie Hospitalizacji, podczas której prowadzono zachowawcze leczenie Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	5%
4.	Zakończenie Hospitalizacji, podczas której prowadzono operacyjne leczenie Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	10%
5.	Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na Cykl Chemioterapii w celu leczenia Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	3% za Cykl; nie więcej niż za 3 Cykle
6.	Uzyskanie od lekarza prowadzącego skierowania na Cykl Radioterapii w celu leczenia Nowotworu Złośliwego, którego dotyczy Diagnoza	3% za Cykl; nie więcej niż za 3 Cykle

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

9. Wypłacimy Świadczenie, Świadczenie Uzupełniające i Świadczenie Dopełniające na podstawie tych spośród wymienionych poniżej dokumentów, o które poprosimy w toku rozpatrywania roszczenia:
   1) wynik badania histopatologicznego potwierdzony przez lekarza specjalistę,
   2) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
   3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Uczestnika w szpitalu,
   4) skierowanie na Cykl Chemioterapii lub Radioterapii,
   5) zlecenie na perukę wystawione przez uprawnionego lekarza oraz imienny rachunek potwierdzający jej zakup,
   6) zaświadczenie właściwego organu rentowego o niezdolności do pracy zarobkowej w związku z Nowotworem Złośliwym, którego dotyczy Diagnoza,
   7) lekarskie pisemne zalecenie wprowadzenia leczenia paliatywnego,
   8) inne dokumenty, których możemy wymagać w procesie ustalenia wysokości i wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

10. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
11. W odniesieniu do Zachorowania na Nowotwór Złośliwy stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
    1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
    3) Rozszerzenia Ochrony,
    4) Wznowienia.
12. W ciągu 90 dni od:
    1) Przystąpienia,
    2) Rozszerzenia Ochrony,
    3) Wznowienia

    stosujemy zasady Progresji, a wysokość Świadczenia ograniczamy w taki sposób, że po uwzględnieniu Progresji nie będzie ono wyższe niż wyższa z tych kwot: ALA albo 100 000 zł.
13. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
    1) Zdarzenie jest spowodowane Nieprawidłowościami Zdrowotnymi,
    2) Uczestnik zmarł w ciągu 30 dni od postawienia Diagnozy.
14. Wypłacenie Uczestnikowi Świadczenia Dopełniającego ogranicza naszą odpowiedzialność z Umowy Dodatkowej w następujący sposób:
    1) wypłacimy Świadczenie za zdiagnozowanie kolejnego Nowotworu Złośliwego w wysokości 5% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zachorowania na Nowotwór Złośliwy – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązuje w dniu postawienia kolejnej Diagnozy,
    2) Świadczenie wypłacimy pod warunkiem, że okres pomiędzy postawieniem Diagnoz wyniesie przynajmniej 365 dni,
    3) nie wypłacimy żadnego ze Świadczeń Uzupełniających ani Świadczenia Dopełniającego, które są związane z kolejnymi Diagnozami.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA POWAŻNEGO STANU CHOROBOWEGO UCZESTNIKA NR PGO/PKN/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest Poważny Stan Chorobowy – rozumiemy go jako:
   1) wystąpienie u Uczestnika poważnej choroby, którą wymieniamy w pkt 1–6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, lub
   2) poddanie Uczestnika Postępowaniu Medycznemu, które wymieniamy w pkt 7–61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.
3. Zakres ubezpieczenia Uczestnika, który w momencie Przystąpienia ma ukończone 62 lata i przystępuje do ubezpieczenia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia, jest ograniczony do Poważnych Stanów Chorobowych spowodowanych Nieszczęśliwym Wypadkiem.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

4. Jeśli w trakcie Ochrony u Uczestnika wystąpi poważna choroba, wskazana w pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego zachorowania.
5. Jeśli w trakcie Ochrony rozpocznie się Hospitalizacja Uczestnika, podczas której zostanie on poddany Postępowaniu Medycznemu z pkt 7–61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, oraz
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia za przeprowadzone Postępowanie Medyczne, które wskazujemy w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.
6. Dniem wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego u Uczestnika jest:
   1) dzień operacji – w przypadkach z pkt 1–3 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych – lub
   2) dzień postawienia przez lekarza diagnozy, która potwierdza, że wystąpił u Uczestnika Poważny Stan Chorobowy – w przypadkach z pkt 4–6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych – lub
   3) dzień rozpoczęcia Hospitalizacji, podczas której Uczestnik został poddany Postępowaniu Medycznemu – w przypadkach z pkt 7–61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych.
7. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie za Poważny Stan Chorobowy, potrzebujemy wszystkich poniższych dokumentów. Są to:
   1) skierowanie do szpitala – chyba że okoliczności uzasadniały Hospitalizację bez skierowania,
   2) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
   3) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Uczestnika w szpitalu,
   4) inne dokumenty, których potrzebujemy, aby ustalić wysokość Świadczenia i je wypłacić.
8. Świadczenie z tytułu Postępowania Medycznego wypłacimy najwcześniej, gdy Uczestnik zakończy Hospitalizację.
9. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Uczestnika, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Uczestni-

kowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Uczestnik nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

10. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
11. W odniesieniu do Poważnego Stanu Chorobowego z pkt 7–61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych stosujemy Karencję. Trwa ona:
    1) 90 dni i dotyczy Przystąpienia w ciągu 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia albo
    2) 180 dni i dotyczy:
        a) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
        b) Przystąpienia takiego Uczestnika, który w ostatnim roku przed Przystąpieniem przebywał na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21-dniowe,
        c) Rozszerzenia Ochrony,
        d) Wznowienia.
12. W przypadku Poważnego Stanu Chorobowego z pkt 1–6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych w okresie 90 dni od dnia:
    1) Przystąpienia,
    2) Rozszerzenia Ochrony,
    3) Wznowienia

    stosujemy zasady Progresji, a wysokość Świadczenia ograniczamy w taki sposób, że po uwzględnieniu Progresji nie będzie ono wyższe niż wyższa z tych kwot: ALA albo 100 000 zł.
13. Nie wypłacimy Świadczenia za kolejne takie samo Postępowanie Medyczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, jak i każde inne Postępowanie Medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w jednej pozycji Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych i nie upłynął okres ograniczenia naszej odpowiedzialności – od końca poprzedniego pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało wykonane takie postępowanie, do początku pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem – ograniczenie nie dotyczy tych Postępowań Medycznych, które przeprowadzono na rzecz Uczestnika w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem; okresem ograniczenia naszej odpowiedzialności, o którym mowa powyżej, jest 5 lat (oznaczamy go w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych słowami „5 lat"), ale dla struktury wielokrotnie występującej lecz anatomicznie inaczej położonej, okres ten skracamy do 18 miesięcy (takie Postępowanie Medyczne oznaczamy w Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych słowami „5 lat/ 18 mies").
14. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Poważnego Stanu Chorobowego, jeśli wystąpi on w ciągu 5 lat od pierwszego dnia udzielenia Uczestnikowi Ochrony z tytułu danego Poważnego Stanu Chorobowego i jeśli przed tym dniem u Uczestnika zdiagnozowano lub leczono:
    1) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
    2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału serca,
    3) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu) albo Angioplastyki naczyń wieńcowych.
15. Nie wypłacimy Świadczenia:
    1) jeśli przeprowadzenie Postępowania Medycznego z pkt 7-61 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych było spowodowane Nieprawidłowościami Zdrowotnymi. Zrezygnujemy jednak tego ograniczenia (czyli wypłacimy Świadczenie), jeśli w ciągu 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony, której udzielamy na podstawie tej Umowy Dodatkowej, Uczestnik w związku z daną Nieprawidłowością Zdrowotną nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków ani nie oczekiwał na żadne Postępowanie Medyczne związane z tą chorobą lub urazem;
    2) za Poważny Stan Chorobowy z pkt 1-6 Tabeli Poważnych Stanów Chorobowych, jeśli w ciągu 30 dni od jego wystąpienia Uczestnik umrze. Jeśli jednak śmierć ta będzie skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, Świadczenie wypłacimy.
16. Jeśli:
    1) Postępowanie Medyczne zostało zaplanowane i
    2) po ustaleniu tego terminu zwiększyli Państwo za naszą zgodą wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej na wyższą, a następnie
    3) Uczestnik został poddany temu postępowaniu,

    to wypłacimy za nie Świadczenie na podstawie Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała przed zmianą Sumy Ubezpieczenia.
17. Jeśli w trakcie jednej Hospitalizacji Uczestnik został poddany więcej niż jednemu Postępowaniu Medycznemu, wypłacimy tylko jedno – najwyższe – Świadczenie za te Postępowania Medyczne. W przypadku, gdy w trakcie jednej Hospitalizacji przeprowadzono więcej niż jedno Postępowanie Medyczne, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do zapłaty Świadczenia równego najwyższemu ze Świadczeń przewidzianych na wypadek przeprowadzenia tych Postępowań Medycznych.
18. Załącznikiem do tych OWU UD jest Tabela Poważnych Stanów Chorobowych.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

TABELA POWAŻNYCH STANÓW CHOROBOWYCH

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Ryzyka Wystąpienia Poważnego Stanu Chorobowego Uczestnika nr PGO/PKN/2024/1

Lp.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Wystąpienie u Uczestnika poważnej choroby	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
1.	Nie dotyczy	**Operacja aorty** – operacja chirurgiczna tętniaka, zwężenia lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii – operacja, która polega na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty piersiowej lub brzusznej (bez odgałęzień) lub usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. Za Operację aorty nie uznajemy operacji wykonanej przy użyciu metod mikrochirurgii ani technik śródnaczyniowych, w tym przezskórnej operacji naprawczej, która polega na wprowadzeniu stentu do aorty.	100%
2.	Nie dotyczy	**Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass**) – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej – operacja, która: 1) ma zlikwidować zwężenia lub niedrożności 1 lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego oraz 2) jest poprzedzona badaniem wykazującym istnienie zwężenia tętnicy wieńcowej, oraz 3) jest wskazana jako najodpowiedniejsze leczenie przez kardiologa. Za Pomostowanie aortalno-wieńcowe nie uznajemy przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA) ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe	100%

Lp.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Wystąpienie u Uczestnika poważnej choroby	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
3.	Nie dotyczy	**Operacja zastawek serca** – operacja kardiochirurgiczna przeprowadzona na otwartym sercu lub bez otwierania serca, która: 1) polega na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej 1 lub więcej zastawek serca oraz 2) może być wykonana przy użyciu metod mikrochirurgii i technik śródnaczyniowych, takich jak przezskórna operacja naprawcza zastawek serca, oraz 3) jest wskazana jako konieczna przez kardiologa na podstawie badań	100%
4.	Nie dotyczy	**Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji** – całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej 2 kończyn – utrata, która: 1) jest spowodowana urazem lub chorobą oraz 2) nie rokuje poprawy, oraz 3) występuje przez co najmniej 3 miesiące, oraz 4) jest potwierdzona przez neurologa. Za Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji nie uznajemy przypadków osłabienia siły mięśni, które przejawiają się w postaci niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub będących skutkiem samouszkodzenia lub próby samobójczej	100%
5.	Nie dotyczy	**Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej – martwica, która: 1) jest wywołana przez przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej oraz 2) występuje ze wszystkimi poniższymi objawami: a) nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, b) obecność ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez co najmniej 3 miesiące od rozpoznania schorzenia, c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla schorzenia w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Za Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne nie uznajemy epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem, wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych, patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) ani innych zmian w mózgu, które są możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych	100%
6.	Nie dotyczy	**Zawał serca** – dokonana martwica części mięśnia sercowego – martwica, która: 1) jest wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego oraz 2) jest potwierdzona na postawie zmiany stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB) – z co najmniej 1 wartością przekraczającą 99 percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej – oraz 3) występuje z co najmniej 1 z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) bólem w klatce piersiowej, b) 1 z objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałym uniesieniem lub obniżeniem odcinka ST-T, odwróceniem załamka T, nowym patologicznym załamkiem Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa. Za Zawał serca nie uznajemy dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych	100%

Lp.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Poddanie Uczestnika Postępowaniu Medycznemu	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
7.	5 lat	Guz kanału kręgowego leczony operacyjnie	24%
8.	5 lat	Jamistość rdzenia kręgowego leczona operacyjnie	24%
9.	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%
10.	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%
11.	5 lat	Łagodny nowotwór śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów łagodnych przysadki)	19%
12.	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%
13.	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
14.	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
15.	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%
16.	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony operacyjnie	24%

Lp.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Poddanie Uczestnika Postępowaniu Medycznemu	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
17.	5 lat / 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
18.	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
19.	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
20.	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
21.	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
22.	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%
23.	5 lat	Nowotwór złośliwy ośrodkowego układu nerwowego leczony zachowawczo	15%
24.	5 lat	Nowotwór złośliwy śródczaszkowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem nowotworów złośliwych przysadki)	50%
25.	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%
26.	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%
27.	5 lat	Poprzeczne zapalenie rdzenia, krwiak śródrdzeniowy lub zawał rdzenia powodujące porażenie czterokończynowe lub porażenie kończyn dolnych leczone zachowawczo	17%
28.	5 lat	Ropień mózgu, ropniak podtwardówkowy leczone operacyjnie	17%
29.	5 lat	Stwardnienie zanikowe boczne powodujące niedowład czterokończynowy lub niedowład kończyn dolnych leczone zachowawczo	14%
30.	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	31%
31.	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
32.	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
33.	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
34.	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	25%
35.	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
36.	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%
37.	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%
38.	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%
39.	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%
40.	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
41.	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%
42.	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
43.	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%
44.	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
45.	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%
46.	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%
47.	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%

Lp.	Okres ograniczenia odpowiedzialności	Poddanie Uczestnika Postępowaniu Medycznemu	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
48.	5 lat	Wodogłowie nabyte leczone operacyjnie	21%
49.	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera/ defibrylatora	30%
50.	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%
51.	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%
52.	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%
53.	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej leczone operacyjnie	14%
54.	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%
55.	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
56.	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
57	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
58.	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%
59.	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%
60.	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
61.	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UCZESTNIKA NR PGO/SPC/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w jednej z trzech Wersji, różniących się zakresem ubezpieczenia – Państwo wybierają Wersję.

Nr Wersji	Zakres Ubezpieczenia w Wersji
1	5 Leczeń Specjalistycznych
2	11 Leczeń Specjalistycznych
3	14 Leczeń Specjalistycznych

Ochrona z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest przeprowadzenie w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej na rzecz Uczestnika Leczenia Specjalistycznego. Listę Leczeń Specjalistycznych zawiera Tabela Leczeń Specjalistycznych, a ich definicje znajdą Państwo w Części 4 OWU – Leksykon.

Tabela Leczeń Specjalistycznych

Lp.	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Za dzień Zdarzenia uważamy
1.	Chemioterapia lub Radioterapia	Chemioterapia lub Radioterapia	Chemioterapia lub Radioterapia	Dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
2.	Terapia interferonowa	Terapia interferonowa	Terapia interferonowa	Dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
3.	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
4.	Wszczepienie rozrusznika serca	Wszczepienie rozrusznika serca	Wszczepienie rozrusznika serca	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
5.	Wykonanie ablacji	Wykonanie ablacji	Wykonanie ablacji	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
6.	--	Dializoterapia	Dializoterapia	Dzień wykonaniapierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
7.	--	Mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami	Mechaniczne wspomaganie serca sztucznymi komorami	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej

Lp.	Wersja 1	Wersja 2	Wersja 3	Za dzień Zdarzenia uważamy
8.	--	Przeszczep rogówki	Przeszczep rogówki	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
9.	--	Przeszczepienie komórek przytarczyc	Przeszczepienie komórek przytarczyc	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
10.	--	Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych	Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
11.	--	Przezskórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca	Przezskórne wszczepienie zastawek serca w przypadku wad nabytych serca	Dzień zabiegu lub operacji chirurgicznej
12.	--	--	Leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej	Dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
13.	--	--	Tlenoterapia w warunkach domowych	Dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny
14.	--	--	Żywienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych	Dzień wykonania pierwszej z procedur medycznych składających się na cykl terapeutyczny

3. Jeśli Uczestnik, który przystępuje do ubezpieczenia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia, w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata, Ochrona obejmuje wyłącznie następujące Leczenia Specjalistyczne:
   1) w Wersji 1 – Chemioterapię lub Radioterapię oraz Terapię interferonową,
   2) w Wersji 2 – Chemioterapię lub Radioterapię, Terapię interferonową, Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych, Przeszczepienie komórek przytarczyc, Przeszczep rogówki,
   3) w Wersji 3 – Chemioterapię lub Radioterapię, Terapię interferonową, Przeszczepienie komórek wysp trzustkowych, Przeszczepienie komórek przytarczyc, Przeszczep rogówki, Tlenoterapię w warunkach domowych, Żywienie pozajelitowe lub dojelitowe w warunkach domowych.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

4. Jeśli przeprowadzono na rzecz Uczestnika Leczenie Specjalistyczne, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika – która obowiązywała w dniu Zdarzenia. Sposób określania daty Zdarzenia opisujemy w Tabeli Leczeń Specjalistycznych.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

5. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy.
6. W odniesieniu do Leczenia Specjalistycznego Uczestnika stosujemy Karencję. Trwa ona:
   1) 90 dni i dotyczy Przystąpienia przed upływem 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia;
   2) 180 dni i dotyczy:
      a) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
      b) Rozszerzenia Ochrony,
      c) Wznowienia.
7. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Leczenia Specjalistycznego Uczestnika, jeśli:
   1) nie upłynęło 5 lat od wypłaty Świadczenia za takie samo Leczenie Specjalistyczne;
   2) Zdarzenie spowodują Nieprawidłowości Zdrowotne.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI MAŁŻONKA NR PGO/ZMA/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. W Umowie Dodatkowej podstawowym Zdarzeniem jest zawsze Śmierć Małżonka, ale mogą Państwo rozszerzyć ten zakres o Zdarzenia opcjonalne:
   1) Śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   2) Śmierć Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu.
2. Jeśli rozszerzyli Państwo zakres o Śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, mogą Państwo rozszerzyć ten zakres o Zdarzenia opcjonalne:
   1) Śmierć Małżonka wskutek Wypadku przy Pracy,
   2) Śmierć Małżonka wskutek Wypadku Komunikacyjnego.

<table>
<tr><th>Zdarzenie podstawowe</th><th>Zdarzenia opcjonalne</th><th>Zdarzenia opcjonalne</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Śmierć Małżonka</td><td rowspan="2">Śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku</td><td>Śmierć Małżonka wskutek Wypadku przy Pracy</td></tr>
<tr><td>Śmierć Małżonka wskutek Wypadku Komunikacyjnego</td></tr>
<tr><td colspan="2">Śmierć Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu</td></tr>
</table>

§ 2

Ochrona z tytułu Śmierci Małżonka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Śmierć Małżonka, która wystąpiła podczas trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Małżonek umrze, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu jego śmierci.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
4. W odniesieniu do Śmierci Małżonka stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
5. Jeśli zakres Ochrony z tytułu Śmierci Uczestnika, przysługujący danemu Uczestnikowi, został czasowo ograniczony do Świadczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wtedy również Ochrona z tytułu Śmierci Małżonka, przysługująca temu Uczestnikowi, ulega takiemu samemu ograniczeniu i na ten sam okres.

§ 3

Ochrona z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Śmierć Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu. Zarówno Śmierć Uczestnika, jak i Zawał Serca lub Udar Mózgu muszą zaistnieć w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Małżonek umrze, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu Śmierci Małżonka.
3. Rozpoznanie Zawału Serca lub Udaru Mózgu jako pierwotnej (wyjściowej) lub bezpośredniej przyczyny śmierci musi potwierdzać:
   1) karta zgonu lub inny dokument wystawiony przez instytucję uprawnioną do stwierdzenia przyczyny zgonu, lub
   2) dokumentacja medyczna, która jednoznacznie potwierdza rozpoznanie Zawału Serca lub Udaru Mózgu, wystawiona przez placówkę służby zdrowia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

4. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
5. W odniesieniu do Śmierci Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
6. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
   1) Zawał Serca wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony z tytułu tego zdarzenia, a przed tym dniem u Małżonka zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę,
   2) Udar Mózgu wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia udzielania Uczestnikowi Ochrony z tytułu tego zdarzenia, a przed tym dniem u Małżonka zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
7. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zawał Serca lub Udar Mózgu jest skutkiem innych chorób niż choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzyca, które to inne choroby są odnotowane w dokumentacji medycznej Małżonka i zostały rozpoznane lub leczone u Małżonka w okresie 5 lat zanim objęliśmy Uczestnika po raz 1. Ochroną z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Jeśli zakres Ochrony z tytułu Śmierci Uczestnika, przysługujący danemu Uczestnikowi, został czasowo ograniczony do Świadczenia z tytułu Śmierci Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wtedy również Ochrona z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu, przysługująca temu Uczestnikowi, ulega takiemu samemu ograniczeniu i na ten sam okres.

§ 4

Ochrona z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Śmierć Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która wystąpiła w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.
2. Mogą Państwo rozszerzyć ten zakres o:
   1) Śmierć Małżonka wskutek Wypadku przy Pracy,
   2) Śmierć Małżonka wskutek Wypadku Komunikacyjnego.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Jeśli Małżonek umrze wskutek:
   1) Nieszczęśliwego Wypadku – wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka,
   2) Wypadku przy Pracy – wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe sumie Świadczeń:
      a) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – i
      b) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Wypadku przy Pracy – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – o ile rozszerzyli Państwo zakres o to Zdarzenie opcjonalne,
   3) Wypadku Komunikacyjnego – wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe sumie Świadczeń:
      a) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – i
      b) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Wypadku Komunikacyjnego – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – o ile rozszerzyli Państwo zakres o to Zdarzenie opcjonalne,
   4) Wypadku Komunikacyjnego, który jest jednocześnie Wypadkiem przy Pracy – wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe sumie Świadczeń:
      a) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – i
      b) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Wypadku przy Pracy – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – o ile rozszerzyli Państwo zakres o to Zdarzenie, i
      c) Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Małżonka wskutek Wypadku Komunikacyjnego – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci Małżonka – o ile rozszerzyli Państwo zakres o to Zdarzenie opcjonalne.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

4. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA KALECTWA MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/TIM/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Kalectwa Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest wystąpienie Kalectwa Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił podczas trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Małżonek dozna Kalectwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Kalectwa Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – która obowiązywała w dniu wystąpienia tego kalectwa, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli – który odpowiada temu kalectwu.

Tabela

Uszkodzenie ciała	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
Obustronna utrata wzroku	100%
Całkowita utrata słuchu	100%
Encefalopatia pourazowa	100%
Utrata kończyny dolnej	75%
Utrata kończyny górnej	75%
Utrata podudzia	70%
Utrata przedramienia	70%
Utrata dłoni	60%
Utrata oka	50%
Amputacja wszystkich palców ręki	50%
Utrata stopy	50%
Unieruchomienie stawu biodrowego	40%
Unieruchomienie stawu barkowego	40%
Utrata słuchu w 1 uchu	30%
Amputacja wszystkich palców stopy	30%
Skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu	30%
Utrata co najmniej 3 palców jednej dłoni (bez kciuka)	25%
Unieruchomienie stawu kolanowego	20%
Amputacja kciuka	10%

Terminy użyte w Tabeli oznaczają:

1) amputacja – całkowite fizyczne pozbawienie organu,
2) utrata – amputacja lub całkowite i trwałe pozbawienie funkcji tego organu,
3) encefalopatia pourazowa – narastający zespół psychoorganiczny występujący po przebytym, udokumentowanym urazie głowy oraz zmiany w układzie nerwowym potwierdzone badaniami neurologa lub odchyleniami w 1 z następujących badań: tomografii komputerowej mózgu, rezonansie magnetycznym mózgu, encefalogramie, testach psychologicznych,
4) unieruchomienie stawu – utrata funkcji stawu:
   a) biodrowego lub
   b) barkowego, lub
   c) kolanowego

   w stopniu większym niż 50%,
5) skrócenie kończyny dolnej o co najmniej 3 cm z zaburzeniami chodu – obejmuje przypadki spowodowane uszkodzeniem:
   a) w obrębie samej kończyny dolnej w zakresie części kostnych, mięśni i wiązadeł, jak i
   b) innych części anatomicznych układu kostno-mięśniowo-wiązadłowego pasa obręczy biodrowej i kręgosłupa.

   Skrócenie kończyny nie dotyczy przypadku, w którym będzie spowodowane utratą stopy lub utratą podudzia.

3. Suma Świadczeń, jakie wypłacimy:
   1) w związku z jednym Nieszczęśliwym Wypadkiem,
   2) w trakcie trwania danej Umowy Dodatkowej,

   nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia.
4. W przypadku kilku uszkodzeń ciała wartości procentowe przypisane do poszczególnych uszkodzeń, zgodnie z Tabelą sumujemy w trakcie trwania danej Umowy Dodatkowej maksymalnie do 100%.
5. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Małżonka, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Małżonkowi na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Małżonek nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

6. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU POWODUJĄCEGO TRWAŁE UBYTKI NEUROLOGICZNE NR PGO/TMU/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Umowę Dodatkową mogą Państwo zawrzeć w 2 Wersjach, które różnią się metodą obliczenia Świadczenia – Państwo wybierają Wersję.
2. Obydwie Wersje mogą Państwo rozszerzyć o Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.

Nr Wersji	Zdarzenie podstawowe	Zdarzenie opcjonalne
1	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Świadczenie proporcjonalne	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne
2	Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Świadczenie progresywne	

Ochrona z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Świadczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczymy w zależności od wybranej przez Państwa Wersji: metodą proporcjonalną albo progresywną.
3. Jeśli Małżonek dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie:
   1) jeśli wybiorą Państwo Wersję 1, użyjemy metody proporcjonalnej. Oznacza to, że kwotę Świadczenia obliczymy, mnożąc:
      a) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z dnia, w którym wystąpił Nieszczęśliwy Wypadek oraz
      b) procent uszczerbku, jakiego doznał Małżonek wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   2) jeśli wybiorą Państwo Wersję 2, to użyjemy metody progresywnej. Oznacza to, że kwotę Świadczenia obliczymy, mnożąc:
      a) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z dnia, w którym wystąpił Nieszczęśliwy Wypadek, oraz
      b) procent uszczerbku, jakiego doznał Małżonek wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oraz
      c) wskaźnik naliczenia Świadczenia, który zależy od wysokości doznanego uszczerbku – wskaźnik ten podajemy poniżej.

Wysokość łącznego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
nie więcej niż 25%	1
powyżej 25% do 45%	1,5
powyżej 45% do 65%	2
powyżej 65% do 85%	3
powyżej 85% do 100%	4

4. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ocenia wyznaczony przez nas lekarz – gdy Małżonek skończy leczenie i rehabilitację.
5. Jeśli suma procentów Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu, za które wypłaciliśmy Świadczenie, przekroczy 100, to Świadczenie z tytułu kolejnego Zdarzenia wyniesie 10% kwoty obliczonej w sposób z ust. 3. Tę zasadę stosujemy dla obu metod obliczenia Świadczenia.
6. Jeśli wybiorą Państwo Wersję 1, to za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
7. Jeśli wybiorą Państwo Wersję 2, to za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy maksymalnie 400% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
8. Gdy Małżonek uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte trwałym uszczerbkiem, to lekarz oceni wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jako różnicę między obecnym stanem tego narządu lub organu a stanem istniejącym bezpośrednio przed Nieszczęśliwym Wypadkiem.
9. Gdy Małżonek uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a my wypłaciliśmy z tego tytułu Świadczenie, to wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczymy w następujący sposób: odejmiemy od obecnego stopnia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (ustala go lekarz) wysokość poprzedniego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
10. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Małżonka, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Uczestnikowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Małżonek nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.
11. Jeśli leczenie i rehabilitacja trwają dłużej niż 6 miesięcy, Uczestnik może wnioskować o wypłatę części Świadczenia. W takim przypadku wypłacimy połowę minimalnego przewidywanego Świadczenia. Obliczymy je na podstawie przedstawionych przez Uczestnika dokumentów i opinii naszego lekarza. Gdy po zakończeniu leczenia i rehabilitacji będziemy obliczać końcowe Świadczenie, odejmiemy od niego to wypłacone wcześniej.
12. Jeśli lekarz nie będzie mógł określić, w jakim stopniu narząd lub organ były uszkodzone, to przyjmujemy, że przed Nieszczęśliwym Wypadkiem nie było Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
13. Jeśli wypłacimy Świadczenie, a potem – w ciągu 24 miesięcy od Nieszczęśliwego Wypadku – powiększy się u Małżonka stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to ponownie ocenimy wysokość tego uszczerbku i wypłacimy różnicę. Zrobimy to jednak, o ile Uczestnik zawnioskuje o to i przedstawi nam zaświadczenia lekarskie, które pozwolą na taką ocenę. Uczestnik ma na to 24 miesiące od Zdarzenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

14. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
15. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie związany z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej Małżonka lekarz określi jako „mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy".
16. Za wielomiejscowe uszkodzenie kończyny wypłacimy najwyżej tyle, ile wypłacilibyśmy za utratę odpowiednio części lub całości kończyny.

Ochrona z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Jeśli zakres Ochrony zostanie rozszerzony w tym zakresie to ubezpieczamy także Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, który to Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne wystąpiły w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Małżonek dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Kwotę Świadczenia obliczymy, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne z dnia, w którym Małżonek doznał Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, oraz
   2) procent uszczerbku, jakiego doznał Małżonek wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.
3. Wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne ocenia wyznaczony przez nas lekarz – gdy Małżonek skończy leczenie i rehabilitację.

4. Jeśli suma procentów Trwałych Uszczerbków na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, przekroczy 100, to Świadczenie z tytułu kolejnego Zdarzenia wyniesie 10% kwoty obliczonej w sposób z ust. 2.
5. Za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, które powstały wskutek jednego Zawału Serca, albo jednego Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia.
6. Gdy Małżonek uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte trwałym uszczerbkiem, to lekarz oceni wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne jako różnicę pomiędzy obecnym stanem tego narządu lub organu a stanem istniejącym bezpośrednio przed Zdarzeniem.
7. Gdy Małżonek uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, a my wypłaciliśmy z tego tytułu Świadczenie, to wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne obliczymy w następujący sposób: odejmiemy od obecnego stopnia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne (ustala go lekarz) wysokość poprzedniego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
8. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Małżonka, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Małżonkowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Małżonek nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.
9. Jeśli leczenie i rehabilitacja trwają dłużej niż 6 miesięcy, Uczestnik może wnioskować o wypłatę części Świadczenia. W takim przypadku wypłacimy połowę minimalnego przewidywanego Świadczenia. Obliczymy je na podstawie przedstawionych przez Uczestnika dokumentów i opinii naszego lekarza. Gdy po zakończeniu leczenia i rehabilitacji będziemy obliczać końcowe Świadczenie, odejmiemy od niego to wypłacone wcześniej.
10. Jeśli lekarz nie będzie mógł określić, w jakim stopniu narząd lub organ były uszkodzone, to przyjmujemy, że przed Zawałem Serca lub przed Udarem Mózgu Powodującym Trwałe Ubytki Neurologiczne nie było Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne.
11. Jeśli wypłacimy Świadczenie, a potem – w ciągu 24 miesięcy od Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne – powiększy się u Małżonka stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, to ponownie ocenimy wysokość tego Uszczerbku i wypłacimy różnicę. Zrobimy to jednak, o ile Uczestnik zawnioskuje o to i przedstawi nam zaświadczenia lekarskie, które pozwolą na taką ocenę.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

12. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
13. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne, jeśli Zawał Serca wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia trwania Ochrony z tytułu tego Zdarzenia i jeśli przed tym dniem u Małżonka zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca.
14. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
    1) Zawał Serca wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia trwania Ochrony z tytułu tego Zdarzenia i jeśli przed tym dniem u Małżonka zdiagnozowano chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę,
    2) Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne wystąpi przed upływem 5 lat od pierwszego dnia trwania Ochrony z tytułu tego Zdarzenia i jeśli przed tym dniem u Małżonka zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę.
16. Do wypłaty z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne potrzebujemy jednoznacznego orzeczenia lekarskiego, że przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Małżonka wskutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu Powodującego Trwałe Ubytki Neurologiczne był Zawał Serca lub Udar Mózgu Powodujący Trwałe Ubytki Neurologiczne.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO I REKONWALESCENCJI MAŁŻONKA NR PGO/LMR/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Umowę Dodatkową mogą Państwo zawrzeć w jednej z trzech Wersji, które różnią się zakresem ubezpieczenia – Państwo wybierają Wersję.
2. Wersje 1 i 2 mogą Państwo rozszerzyć o Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Rekonwalescencję Małżonka albo o oba te Zdarzenia.
3. Wersję 3 mogą Państwo rozszerzyć o Rekonwalescencję Małżonka.

<table>
<tr><th>Nr Wersji</th><th>Zdarzenie podstawowe</th><th colspan="2">Zdarzenia opcjonalne</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Leczenie Szpitalne Małżonka</td><td rowspan="2">Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku</td><td rowspan="3">Rekonwalescencja Małżonka</td></tr>
<tr><td>2</td><td>1) Leczenie Szpitalne Małżonka – Świadczenie progresywne,
2) Pobyt Małżonka na OIT/ OIOM</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku</td><td>--</td></tr>
</table>

-

Ochrona z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka – Wersja 1 i 2

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest:
   1) Leczenie Szpitalne Małżonka, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej,
   2) Pobyt Małżonka na OIT/ OIOM w trakcie Leczenia Szpitalnego Małżonka.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Małżonek będzie leczony w Szpitalu co najmniej 4 dni, po wyjściu Małżonka ze Szpitala wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka z dnia, w którym rozpoczęło się to leczenie,
   2) liczbę dni leczenia, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony, która wynika z Umowy Dodatkowej i
   3) odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia, który zależy od długości i przyczyny leczenia (jeśli będzie kilka przyczyn, uwzględnimy tylko jeden wskaźnik naliczenia Świadczenia – najwyższy):
      a) jeśli wybiorą Państwo Wersję 1 – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 1,
      b) jeśli wybiorą Państwo Wersję 2 – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 2.
3. Jeśli wybiorą Państwo Wersję 2, a Małżonek w trakcie Leczenia Szpitalnego co najmniej 24 godziny będzie przebywał na OIT/ OIOM, to wypłacimy Uczestnikowi dodatkowe Świadczenie, w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka. Takie dodatkowe Świadczenie wypłacimy jednak tylko raz w danym Roku Ubezpieczenia.
4. Jeśli Leczenie Szpitalne Małżonka będzie trwało dłużej niż 14 dni, to do obliczenia Świadczenia użyjemy 2 wskaźników, a Świadczenie będzie sumą Świadczeń za:
   1) pierwsze 14 dni leczenia oraz
   2) czas leczenia od 15. dnia do zakończenia tego leczenia albo do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia.

Przykład:

Umowa Dodatkowa jest zawarta w Wersji 2.

Małżonek z powodu Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy trafia do Szpitala.

Zostaje przyjęty do Szpitala 1 maja, a wypisany 20 maja.

W takim przypadku Świadczenie jest należne za 20 dni Leczenia Szpitalnego Małżonka.

Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wynosi 5 000 zł.

Po wyjściu Małżonka ze Szpitala i po złożeniu wniosku o wypłatę Świadczenia wypłacamy Uczestnikowi 2 250 zł.

Kwotę wypłaty obliczamy zgodnie z poniższym:

Suma Ubezpieczenia x % Sumy Ubezpieczenia x liczba dni pobytu w Szpitalu

Pierwsze 14 dni leczenia: (5 000 zł x 3%) x 14 dni = 2 100 zł

Kolejne 6 dni leczenia: (5 000 zł x 0,5%) x 6 dni = 150 zł

Tabela 1. Wersja 1 Leczenia Szpitalnego Małżonka

Czas Leczenia Szpitalnego Małżonka	Przyczyna Leczenia Szpitalnego Małżonka	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego Małżonka
od 1. do 14. dnia	Nieszczęśliwy Wypadek	1%
	choroba i inna przyczyna niż Nieszczęśliwy Wypadek (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,6%
od 15. dnia	bez względu na przyczynę (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,5%

Tabela 2. Wersja 2 Leczenia Szpitalnego Małżonka

Czas Leczenia Szpitalnego Małżonka	Przyczyna Leczenia Szpitalnego Małżonka	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego Małżonka
od 1. do 14. dnia	Nieszczęśliwy Wypadek	2%
	Wypadek przy Pracy	2,5%
	Wypadek Komunikacyjny	2,5%
	Wypadek Komunikacyjny przy Pracy	3%
	Zawał Serca lub Udar Mózgu	1,5%
	choroba i inna przyczyna niż wymienione wyżej (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,6%
od 15. dnia	bez względu na przyczynę (z zastrzeżeniem wyłączeń opisanych w tych OWU UD)	0,5%
dodatkowe Świadczenie	za co najmniej 24-godzinny pobyt Małżonka w trakcie Leczenia Szpitalnego na OIT/ OIOM – 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka	

5. Jeśli w wyniku jednej przyczyny Małżonek będzie leczony w Szpitalu kilka razy, to gdy będziemy obliczać kwotę wypłaty za 2. i kolejne Leczenia Szpitalne Małżonka z tej samej przyczyny:
   1) zsumujemy dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych Małżonka i na tej podstawie zastosujemy odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia – 1. dzień kolejnego Leczenia Szpitalnego Małżonka potraktujemy tak, jak byłby to kolejny dzień poprzedniego Leczenia Szpitalnego Małżonka – oraz
   2) do obliczeń zastosujemy Sumę Ubezpieczenia z dnia rozpoczęcia 1. Leczenia Szpitalnego Małżonka.
6. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie:
   1) 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka – jeśli wybiorą Państwo Wersję 1,
   2) 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka i 10% tej Sumy za 24-godzinny pobyt Małżonka na OIT/ OIOM – jeśli wybiorą Państwo Wersję 2.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

7. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
8. W odniesieniu do Leczenia Szpitalnego Małżonka stosujemy Karencję. Trwa ona:
   1) 30 dni i dotyczy Przystąpienia w ciągu 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) 180 dni i dotyczy:
      a) Przystąpienia po 3 miesiącach od uzyskania prawa do Przystąpienia,
      b) Rozszerzenia Ochrony,
      c) Wznowienia.
9. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
   1) Leczenie Szpitalne Małżonka będzie związane z operacją plastyczną lub kosmetyczną Małżonka – chyba że będzie niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku, któremu Małżonek uległ w trakcie trwania Ochrony z tytułu Umowy Dodatkowej,
   2) Leczenie Szpitalne Małżonka wystąpi na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej Małżonka nadużywania przez Małżonka alkoholu, leków, narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii),
   3) Małżonek będzie przebywał w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
   4) w trakcie leczenia Małżonek umrze.

Ochrona z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Wersja 3 i jako Zdarzenie opcjonalne do Wersji 1 i 2

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Małżonek ulegnie Nieszczęśliwemu Wypadkowi i będzie leczony w Szpitalu co najmniej 4 dni, to po wyjściu Małżonka ze Szpitala wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku z dnia, w którym rozpoczęło się to leczenie oraz
   2) Liczbę dni leczenia, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony, która wynika z Umowy Dodatkowej, oraz
   3) wskaźnik naliczenia Świadczenia, który odpowiada długości leczenia – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli nr 3.
3. Jeśli Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie trwało dłużej niż 14 dni, to do obliczenia Świadczenia użyjemy dwóch wskaźników, a Świadczenie będzie sumą Świadczeń za:
   1) pierwsze 14 dni leczenia oraz
   2) czas leczenia od 15. dnia do zakończenia tego leczenia albo do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia.

Przykład:

Małżonek z powodu Nieszczęśliwego Wypadku trafia do Szpitala.

Zostaje przyjęty do Szpitala 1 lutego, a wypisany 18 lutego.

W takim przypadku Świadczenie jest należne za 18 dni Leczenia Szpitalnego Małżonka.

Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wynosi 6 000 zł.

Po wyjściu Małżonka ze Szpitala i po złożeniu wniosku o wypłatę Świadczenia wypłacamy Uczestnikowi 960 zł.

Kwotę wypłaty obliczamy zgodnie z poniższym:

Suma Ubezpieczenia x % Sumy Ubezpieczenia x liczba dni pobytu w Szpitalu

Pierwsze 14 dni leczenia: (6 000 zł x 1%) x 14 dni = 840 zł

Kolejne 4 dni leczenia: (6 000 zł x 0,5%) x 4 dni = 120 zł

Tabela 3. Wersja 3 Leczenia Szpitalnego Małżonka

Czas Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego Małżonka
od 1. do 14. dnia	1%
od 15. dnia	0,5%

4. Jeśli w wyniku jednego Nieszczęśliwego Wypadku Małżonek będzie leczony w Szpitalu kilka razy, to gdy będziemy obliczać kwotę wypłaty za 2. i kolejne Leczenia Szpitalne Małżonka wskutek tego samego Nieszczęśliwego Wypadku:
   1) zsumujemy dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych Małżonka i na tej podstawie zastosujemy odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia – 1. dzień kolejnego Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku potraktujemy tak, jak byłby to kolejny dzień poprzedniego Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – oraz
   2) do obliczeń zastosujemy Sumę Ubezpieczenia z dnia rozpoczęcia 1. Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

6. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
7. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli:
   1) Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wystąpi na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Małżonka alkoholu, leków, narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii),
   2) Małżonek będzie przebywał w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
   3) w trakcie leczenia Małżonek umrze.

Ochrona z tytułu Rekonwalescencji Małżonka – jako Zdarzenie opcjonalne do Wersji 1, 2 i 3

§ 4

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Rekonwalescencja Małżonka w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli:
   1) Małżonek będzie leczony w Szpitalu co najmniej 7 dni,
   2) Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego Małżonka lub Leczenia Szpitalnego Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie należne,
   3) Małżonek po zakończeniu leczenia otrzyma co najmniej 14-dniowe zwolnienie lekarskie,

   to po zakończeniu tego zwolnienia wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji Małżonka. Kwotę wypłaty obliczymy, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka z dnia, w którym rozpoczęło się zwolnienie lekarskie Małżonka oraz
   2) liczbę dni Rekonwalescencji Małżonka, oraz
   3) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 4.
3. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka.

Tabela 4. Rekonwalescencja Małżonka

Rekonwalescencja Małżonka, która trwała co najmniej 14 dni	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Rekonwalescencji
od 1. dnia	1%

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

4. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
5. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Rekonwalescencji Małżonka, jeśli:
   1) w jej trakcie rozpocznie się kolejne Leczenie Szpitalne Małżonka albo Leczenie Szpitalne Małżonka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   2) rozpocznie się ona w trakcie urlopu dla poratowania zdrowia albo urlopu zdrowotnego Małżonka,
   3) w jej trakcie Małżonek umrze.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO MAŁŻONKA „ZDROWE ŻYCIE" PGO/HBM/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Umowę Dodatkową mogą Państwo zawrzeć w 2 Wersjach, które różnią się zakresem ubezpieczenia – Państwo wybierają Wersję.
2. Wersję 2 mogą Państwo rozszerzyć w taki sposób, że gdy zajdą okoliczności, które są wskazane w części 4 Wykazu Postępowań Medycznych (Wykaz), to wypłacimy Świadczenie Lekowe.

Nr Wersji	Zdarzenie podstawowe	Zdarzenie opcjonalne
1	1) Postępowanie Medyczne: a) operacyjne b) zabiegowe 2) okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe	--
2	1) Postępowanie Medyczne: a) operacyjne b) zabiegowe c) zachowawcze 2) okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe	Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Lekowe

Ochrona z tytułu Świadczenia Szpitalnego Małżonka „Zdrowe Życie"

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest:
   1) przeprowadzenie u Małżonka Postępowania Medycznego – wskazujemy je w części 1 i 2 Wykazu;
   2) wystąpienie w odniesieniu do Małżonka okoliczności, w których wypłacimy:
      a) Świadczenia Ryczałtowe – wskazujemy je w części 3 Wykazu,
      b) Świadczenia Lekowe – jeśli wybiorą Państwo taką opcję w Wersji 2 – wskazujemy je w części 4 Wykazu,

   które wystąpiły w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.
2. Gdy Uczestnik przystąpił do ubezpieczenia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia, to jeśli:
   1) Uczestnik w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata lub
   2) Małżonek w dniu rozpoczęcia Ochrony przez Uczestnika ma ukończone 62 lata, to

   Ochrona obejmuje wyłącznie Postępowania Medyczne, wskazane w Wykazie w kolumnie „Zakres dla osób w wieku 62+", z zastrzeżeniem że, jeśli danego Postępowania Medycznego nie ma w zakresie Wersji 1, to nie ma go również w zakresie Wersji 1 dla Uczestnika, który w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata lub jego Małżonek ma ukończone 62 lata.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Gdy wystąpi Zdarzenie, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego Małżonka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
4. Jeśli wypłacimy Świadczenie za Postępowanie Medyczne, a Zdarzenie spełnia kryteria, które opisane są w części 3 Wykazu, to wypłacimy dodatkowo jedno Świadczenie Ryczałtowe.
5. Jeśli wypłacimy Świadczenie za Postępowanie Medyczne, a Zdarzenie spełnia kryteria, które opisane są w Części 4 Wykazu, to wypłacimy dodatkowo jedno Świadczenie Lekowe – jeśli rozszerzyli Państwo zakres ubezpieczenia w Wersji 2 o taką opcję.
6. Świadczenie Ryczałtowe obliczymy, mnożąc:
   1) niższą z kwot – Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego Małżonka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, lub kwotę 10 000 zł i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z części 3 Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
7. Świadczenie Lekowe obliczymy, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Lekowego Małżonka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z części 4 Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
8. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie, potrzebujemy poniższych dokumentów:
   1) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
   2) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Małżonka w szpitalu,
   3) inne dokumenty, których potrzebujemy, aby ustalić wysokość Świadczenia i je wypłacić.
9. Świadczenie za Postępowanie Medyczne wypłacimy Uczestnikowi najwcześniej, gdy Małżonek zakończy Hospitalizację.
10. Jeśli w trakcie jednej Hospitalizacji Małżonek zostanie poddany więcej niż jednemu Postępowaniu Medycznemu, wypłacimy tylko jedno – najwyższe – z należnych Świadczeń oraz Świadczenie Ryczałtowe lub Świadczenie Lekowe, które dotyczą tego postępowania.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

11. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
12. W odniesieniu do Świadczenia Szpitalnego Małżonka stosujemy Karencję. Trwa ona:
    1) 90 dni i dotyczy Przystąpienia przed upływem 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) 180 dni i dotyczy:
       a) Przystąpienia po 3 miesiącach od daty uzyskania Prawa do Przystąpienia,
       b) Rozszerzenia Ochrony,
       c) Wznowienia.
13. Ochrona z tytułu Postępowań Medycznych wskazanych w części 2 Wykazu rozpoczyna się po upływie 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej – Ochrony, którą liczymy od dnia Przystąpienia, Rozszerzenia Ochrony oraz Wznowienia.
14. Nie wypłacamy Świadczenia:
    1) za kolejne takie samo Postępowanie Medyczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, jak i każde inne Postępowanie Medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w tej samej pozycji Wykazu i nie upłynął odpowiedni okres – od końca poprzedniego pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało wykonane takie postępowanie, do początku pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem – ograniczenie nie dotyczy tych Postępowań Medycznych, które przeprowadzono na rzecz Małżonka w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem; odpowiednim okresem, o którym mowa powyżej, jest:
       a) w przypadku Postępowań Medycznych, które dotyczą narządów symetrycznych liczymy ten okres odrębnie dla narządu prawego i lewego (takie Postępowania Medyczne oznaczamy w Wykazie słowami „5lat/5lat"),
       b) w przypadku takiego samego Postępowania Medycznego, które dotyczy struktury wielokrotnie występującej, ale anatomicznie inaczej położonej, okres ten skracamy do 18 miesięcy (takie Postępowania Medyczne oznaczamy w Wykazie słowami „5 lat/18 miesięcy"),
    2) jeśli Zdarzenie spowodują Nieprawidłowości Zdrowotne. Zrezygnujemy z tego ograniczenia (czyli wypłacimy Świadczenie), jeśli w ciągu 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony udzielanej Uczestnikowi na podstawie Umów Dodatkowych Świadczenia Szpitalnego Małżonka w związku z daną chorobą lub urazem spowodowanym Nieszczęśliwym Wypadkiem, Małżonek nie wymagał korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków ani nie oczekiwał na inne Postępowanie Medyczne związane z tą chorobą lub urazem.

3) jeśli Zdarzenie powstanie w związku z:
   a) chorobą przewlekłą,
   b) wadą wrodzoną,
   c) chorobą wywołaną przez HIV,
   d) klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji państwowej.

§ 3

Załącznikiem do tych OWU UD jest Wykaz Postępowań Medycznych.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA NR PGO/PZM/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest wystąpienie Poważnego Zachorowania Małżonka.
2. Zdarzeniem jest wystąpienie w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej Poważnego Zachorowania określonego w Tabeli 1. Definicje Poważnych Zachorowań znajdą Państwo w Leksykonie, w Części 2 – Definicje Poważnych Zachorowań. W zależności od wybranej Wersji ubezpieczenie obejmuje:
   1) 11 Poważnych Zachorowań Małżonka – w Wersji 1,
   2) 21 Poważnych Zachorowań Małżonka – w Wersji 2.
3. Gdy Uczestnik przystąpił do ubezpieczenia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia, to jeśli:
   1) Uczestnik w dniu rozpoczęcia Ochrony ma ukończone 62 lata lub
   2) Małżonek w dniu rozpoczęcia Ochrony przez Uczestnika ma ukończone 62 lata, lub
   3) Małżonek w dniu Wznowienia ma ukończone 62 lata,

   Ochrona obejmuje następujące Poważne Zachorowania:
   1) dla Wersji 1 – Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Operacja aorty, Przeszczep narządów, Rozległe oparzenie, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne,
   2) dla Wersji 2 – Amputacja kończyn, Całkowita i nieodwracalna utrata mowy, Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu, Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku, Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Niedokrwistość aplastyczna, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym, Operacja aorty, Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, Przeszczep narządów, Rozległe oparzenie, Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne.
4. Każde Poważne Zachorowanie zakwalifikowaliśmy do jednej z czterech grup Poważnych Zachorowań. Podział na Wersje i grupy pokazujemy w Tabeli 1.

Tabela 1

Lp.	Poważne Zachorowanie	Wersja 1	Wersja 2	Co się dzieje z Ochroną po wypłacie Świadczenia z grupy
		Wskaźnik naliczenia Świadczenia (przed uwzględnieniem Progresji, jeśli ma ona zastosowanie)		
Grupa I				
1.	Przeszczep narządów	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań
2.	Schyłkowa niewydolność nerek	100%	100%	
3.	Schyłkowa niewydolność wątroby	--	100%	
4.	Stwardnienie rozsiane powodujące trwałe ubytki neurologiczne	--	100%	
5.	Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	
Grupa II				
6.	Angioplastyka naczyń wieńcowych	--	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	Wypłata: - nie kończy Ochrony, która dotyczy pozostałych Poważnych Zachorowań z grupy II - nie zmniejsza liczby możliwych do uzyskania Świadczeń
7.	Operacja aorty	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy II – poza Angioplastyką naczyń wieńcowych
8.	Operacja zastawek serca	--	100%	
9.	Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass)	100%	100%	
10.	Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne	100%	100%	
11.	Zawał serca	100%	100%	

Lp.	Poważne Zachorowanie	Wersja 1	Wersja 2	Co się dzieje z Ochroną po wypłacie Świadczenia z grupy
		Wskaźnik naliczenia Świadczenia (przed uwzględnieniem Progresji, jeśli ma ona zastosowanie)		
Grupa III				
12.	Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe ubytki neurologiczne	--	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy III
13.	Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku)	--	100%	
14.	Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	100%	100%	
Grupa IV				
15.	Amputacja kończyn	--	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy IV – poza Gruźlicą leczoną szpitalnie
16.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	100%	100%	
17.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu	--	100%	
18.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku	100%	100%	
19.	Gruźlica leczona szpitalnie	--	100%, jednak nie więcej niż 15 000 zł	Nie kończy Ochrony dotyczącej pozostałych chorób z grupy IV, Nie zmniejsza również liczby możliwych do uzyskania Świadczeń
20.	Rozległe oparzenie	100%	100%	Kończy się Ochrona, która dotyczy Poważnych Zachorowań z grupy I oraz z grupy IV – poza Gruźlicą leczoną szpitalnie
21.	Porażenie kończyn prowadzące do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji	--	100%	

5. Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania wskazujemy w Tabeli 2.

Tabela 2

Lp.	Poważne Zachorowanie	Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania
1.	Angioplastyka naczyń wieńcowych, Operacja aorty, Operacja zastawek serca, Pomostowanie aortalno-wieńcowe (Bypass)	wykonanie zabiegu/ operacji
2.	Amputacja kończyn, Rozległe oparzenie, Udar mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, Zawał serca	postawienie przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania
3.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	upłynięcie 6 miesięcy od wystąpienia tej utraty
4.	Gruźlica leczona szpitalnie	wykonanie badania diagnostycznego, na podstawie którego postawiono rozpoznanie tej gruźlicy, a następnie przeprowadzono przeciwprątkowe leczenie szpitalne
5.	Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym	dzień wykonania badania histopatologicznego, na podstawie którego została postawiona diagnoza dotycząca Poważnego Zachorowania
6.	Przeszczep narządów	zakwalifikowanie Małżonka na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania Przeszczepu narządu – jeśli Małżonek nie był na liście biorców
7.	pozostałe Poważne Zachorowania wymienione w Tabeli 1, a nie wymienione w pkt 1-6 powyżej	postawienie diagnozy (przez lekarza o specjalizacji wskazanej w opisie Poważnego Zachorowania), która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

6. Gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, wypłacimy Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego zachorowania, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli 1, który odpowiada temu Poważnemu Zachorowaniu.
7. Gdy wypłacimy Świadczenie z grupy I, kończy się Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka. Oznacza to, że nie wypłacimy więcej Świadczeń z tego tytułu.
8. Gdy wypłacimy Świadczenie z grup II–IV, kończy się Ochrona z tytułu Poważnych Zachorowań z grupy, z której wypłaciliśmy to Świadczenie, oraz z tytułu Poważnych Zachorowań z grupy I.
9. Trzecia wypłata z grup II–IV wyniesie 10% Świadczenia, które wynika z Tabeli 1.
10. Jeśli Małżonek podda się Angioplastyce naczyń wieńcowych oraz w przypadku Gruźlicy leczonej szpitalnie, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka – ale nie więcej niż 15 000 zł. Jeśli jedno z tych Poważnych Zachorowań wystąpi w okresie, w którym stosujemy zasady Progresji, ustalamy wysokość Świadczenia zgodnie z zasadami Progresji.
11. Wypłata Świadczenia za Angioplastykę naczyń wieńcowych lub za Gruźlicę leczoną szpitalnie nie wpływa na uprawnienia do pozostałych Świadczeń ani na ich liczbę.
12. Wypłacimy więcej niż jedno Świadczenie pod warunkiem, że okres między występowaniem kolejnych Poważnych Zachorowań Małżonka wyniesie przynajmniej 365 dni.
13. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Małżonka, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Małżonkowi, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak Małżonek nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

14. Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka nie może być wyższa niż Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika – stąd Ochrona z tytułu tej Umowy Dodatkowej będzie ograniczona na taki sam okres i w taki sam sposób, w jaki zostanie ograniczona Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Uczestnika.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

15. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
16. W odniesieniu do Poważnego Zachorowania Małżonka stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
    1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) Rozszerzenia Ochrony,
    3) Wznowienia.
17. W odniesieniu do Poważnego Zachorowania Małżonka w okresie 90 dni od:
    1) Przystąpienia,
    2) Wznowienia,
    3) Rozszerzenia Ochrony,

    stosujemy zasady Progresji, a wysokość Świadczenia ograniczamy w taki sposób, że po uwzględnieniu Progresji nie będzie ono wyższe niż wyższa z tych kwot: ALA albo 100 000 zł.
18. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka, jeśli:
    1) wystąpi ono w ciągu 5 lat od pierwszego dnia udzielenia Uczestnikowi Ochrony z tytułu danego Poważnego Zachorowania Małżonka i jeśli przed tym dniem u Małżonka zdiagnozowano lub leczono:
        a) nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne,
        b) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku Zawału serca,
        c) chorobę niedokrwienną serca – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypassu) albo Angioplastyki naczyń wieńcowych,
    2) Małżonek umrze w ciągu:
        a) 30 dni od powstania Poważnego Zachorowania – w przypadku: Niedokrwistości aplastycznej (Aplazji szpiku), Nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, Porażenia kończyn prowadzącego do trwałej i całkowitej utraty ich funkcji, Przeszczepu narządów, Rozległego oparzenia, Śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne, Udaru mózgu powodującego trwałe ubytki neurologiczne – chyba że śmierć Małżonka była skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który nie był przyczyną Poważnego Zachorowania;
        b) 14 dni od powstania Poważnego Zachorowania – w przypadku: Amputacji kończyn, Łagodnego nowotworu mózgu leczonego operacyjnie lub powodującego trwałe ubytki neurologiczne, Operacji aorty, Operacji zastawek serca, Pomostowania aortalno-wieńcowego (Bypass), Zatoru tętnicy płucnej leczonego operacyjnie, Zawału serca – chyba że śmierć Małżonka była skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który nie był przyczyną Poważnego Zachorowania,
    3) Poważne Zachorowanie będzie skutkiem chorób, które są odnotowane w dokumentacji medycznej Małżonka i zostały rozpoznane lub leczone u Małżonka w ciągu 5 lat, zanim objęliśmy po raz pierwszy Uczestnika Ochroną z tytułu Poważnego Zachorowania Małżonka,
    4) wypłaciliśmy już Świadczenie za to samo Poważne Zachorowanie albo za Poważne Zachorowanie z tej samej grupy, z wyjątkiem wystąpienia Angioplastyki naczyń wieńcowych oraz Gruźlicy leczonej szpitalnie.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI DZIECKA ORAZ ŚMIERCI DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NR PGO/ZDZ/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

W Umowie Dodatkowej podstawowym Zdarzeniem jest zawsze Śmierć Dziecka, ale mogą Państwo rozszerzyć ten zakres o Zdarzenie opcjonalne – Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie podstawowe	Zdarzenie opcjonalne
Śmierć Dziecka	Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 2

Ochrona z tytułu Śmierci Dziecka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Śmierć Dziecka, która wystąpiła w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Dziecko umrze, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci tego Dziecka.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
4. W odniesieniu do Śmierci Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
    1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
    2) Wznowienia,
    3) Rozszerzenia Ochrony.

§ 3

Ochrona z tytułu Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Śmierć Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która wystąpiła w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Dziecko umrze wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci tego dziecka.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ NEGATYWNYCH SKUTKÓW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU U DZIECKA NR PGO/TUC/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

1. Zdarzeniem jest wystąpienie u Dziecka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Zakres Ochrony mogą Państwo rozszerzyć o wystąpienie u Dziecka Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku, które wymieniamy w Tabeli.

Zdarzenie podstawowe	Zdarzenie opcjonalne
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka

Ochrona z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, którym jest doznanie przez Dziecko Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Dziecko dozna Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obowiązującej w dniu, w którym wydarzył się Nieszczęśliwy Wypadek oraz
   2) procent uszczerbku na zdrowiu, jakiego doznało Dziecko wskutek tego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wysokość doznanego przez Dziecko Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ustala wyznaczony przez nas lekarz – gdy Dziecko skończy leczenie oraz rehabilitację.
4. Za wszystkie Trwałe Uszczerbki na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Limit 100% liczymy odrębnie dla każdego Dziecka.
5. Gdy Dziecko uszkodzi lub utraci narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte trwałym uszczerbkiem, to lekarz oceni wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jako różnicę między obecnym stanem tego narządu lub organu a stanem istniejącym bezpośrednio przed Nieszczęśliwym Wypadkiem.
6. Gdy Dziecko utraci lub uszkodzi narząd lub organ, które były wcześniej dotknięte Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a my wypłaciliśmy z tego tytułu Świadczenie, to wysokość Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku obliczymy w następujący sposób: odejmiemy od obecnego stopnia Trwałego Uszczerbku wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (ustala go lekarz) wysokość poprzedniego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
7. Jeśli leczenie i rehabilitacja trwają dłużej niż 6 miesięcy, Uczestnik może wnioskować o wypłatę części Świadczenia. W takim przypadku wypłacimy połowę minimalnego przewidywanego Świadczenia. Obliczymy je na podstawie przedstawionych przez Uczestnika dokumentów i opinii naszego lekarza. Gdy po zakończeniu leczenia i rehabilitacji będziemy obliczać końcowe Świadczenie, odejmiemy od niego to wypłacone wcześniej.
8. Jeżeli lekarz nie będzie mógł określić, w jakim stopniu narząd lub organ były uszkodzone, to przyjmujemy, że przed Nieszczęśliwym Wypadkiem nie było Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.
9. Jeśli wypłacimy Świadczenie, a potem – w ciągu 24 miesięcy od Nieszczęśliwego Wypadku – powiększy się u Dziecka stopień Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to ponownie ocenimy wysokość tego uszczerbku i wypłacimy różnicę. Zrobimy to jednak, o ile Uczestnik o to zawnioskuje i przedstawi nam zaświadczenia lekarskie, które pozwolą na taką ocenę. Uczestnik ma na to 24 miesiące od daty Nieszczęśliwego Wypadku.
10. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Dziecka, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Dziecku, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak pełnoletnie Dziecko, a w przypadku niepełnoletniego Dziecka – jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

11. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
12. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zdarzenie będzie związane z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej Dziecka Uczestnika lekarz określi jako „mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy".

Ochrona z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Jeśli zakres Ochrony zostanie rozszerzony w tym zakresie to ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest wystąpienie u Dziecka Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w trakcie Ochrony. Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka wskazujemy w Tabeli poniżej.

Tabela

Lp.	Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
	Część 1. Urazy, pęknięcia, złamania	
1.	Oszpecenie (blizny, ubytki w obrębie powłoki twarzy)	5%
2.	Złamanie w obrębie sklepistości czaszki	5%
3.	Złamanie w obrębie podstawy czaszki	10%
4.	Złamanie kości twarzoczaszki	4%
5.	Złamanie zębów stałych	0,5% za każdy ząb stały; maksymalnie 6%
6.	Złamanie obojczyka	5%
7.	Złamanie łopatki	4%
8.	Złamanie mostka	5%
9.	Złamanie żebra	2% za każde żebro; maksymalnie 10%
10.	Zwichnięcie stawu barkowego	8%
11.	Pęknięcie w obrębie kości długich kończyny górnej: kości ramiennej, kości łokciowej, kości promieniowej	3%
12.	Złamanie kości ramiennej	7%
13.	Zwichnięcie stawu łokciowego	5%

Lp.	Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
14.	Złamanie jednej lub obu kości przedramienia	5%
15.	Złamanie w obrębie kości ręki z wyłączeniem kości palców	3%
16.	Złamanie kości palców ręki z wyłączeniem kciuka	3% za każdy palec
17.	Złamanie kości kciuka	4%
18.	Zwichnięcie stawów w obrębie palców ręki z wyłączeniem kciuka	2% za każdy palec
19.	Zwichnięcie stawów w obrębie kciuka	3%
20.	Złamanie miednicy w odcinku przednim (kość łonowa, kość kulszowa)	5%
21.	Złamanie miednicy w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10%
22.	Zwichnięcie stawu biodrowego	10%
23.	Pęknięcie w obrębie kości długich kończyny dolnej: kości udowej, kości piszczelowej i kości strzałkowej	4%
24.	Złamanie kości udowej	10%
25.	Złamanie 1 lub obu kości podudzia	7%
26.	Złamanie rzepki	4%
27.	Zwichnięcie stawu kolanowego z wyłączeniem rzepki	5%
28.	Zwichnięcie rzepki	1%
29.	Zwichnięcie stawu skokowego	4%
30.	Złamanie w obrębie kości stopy z wyłączeniem kości palców	5%
31.	Złamanie kości palców stopy z wyłączeniem palucha	2% za każdy palec
32.	Złamanie kości palucha	3%
33.	Złamanie trzonu kręgu kręgosłupa	12% za każdy kręg
34.	Pęknięcie trzonu kręgu kręgosłupa	8% za każdy kręg
35.	Złamanie lub pęknięcie wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu kręgosłupa	2% za każdy kręg
36.	Złamanie kości ogonowej	4%
37.	Pęknięcie kości ogonowej	2%
Część 2. Inne zdarzenia wypadkowe wymagające interwencji lekarskiej/ hospitalizacji (poza poparzeniami ciała)		
1.	Nagłe zatrucie gazem lub substancją chemiczną, które wymaga hospitalizacji	9%
2.	Uszkodzenie ciała/ funkcji organizmu spowodowane porażeniem prądem lub uderzeniem pioruna, które wymaga hospitalizacji	6%
3.	Wstrząs (lub wstrząśnienie mózgu), które wymaga hospitalizacji	4%
4.	Pogryzienie lub ukąszenie, które wymaga hospitalizacji	6%
5.	Poparzenie górnych dróg oddechowych, które wymaga hospitalizacji	18%
6.	Niewymienione w innych pozycjach tabeli uszkodzenie ciała/ funkcji organizmu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – uszkodzenie, które wymaga wizyty u lekarza lub hospitalizacji, a następnie – dalszego leczenia (co najmniej 1 wizyty kontrolnej), z wyłączeniem stomatologii	2% za każdą wizytę kontrolną, maksymalnie 10%; 1% za każdy dzień hospitalizacji, maksymalnie 18%

Część 3. Poparzenia ciała

Stopień poparzenia	Powierzchnia poparzona w proc. powierzchni ciała		
	do 1%	ponad 1% do 15%	ponad 15%
	Wysokość Świadczenia w proc. Sumy Ubezpieczenia		
I stopień	1%	8%	20%
II stopień	2%	15%	30%
III stopień	3%	25%	40%

Część 4. Utrata wiedzy, utrata zęba

1.	Powstanie braków w stanie wiedzy Dziecka po ponad jego 10-dniowej nieobecności w szkole spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem	5% za każde rozpoczęte 10 dni nieobecności spowodowanej Nieszczęśliwym Wypadkiem, począwszy od 11. dnia takiej nieobecności
2.	Utrata stałego uzębienia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	250 zł za ząb, maksymalnie 1 500 zł

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli wystąpią Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka, to wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka obowiązującą w dniu, w którym wydarzył się Nieszczęśliwy Wypadek oraz
   2) wskaźnik, który odpowiada danemu Zdarzeniu z Tabeli Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka.
3. Jeśli dla danego Zdarzenia z Tabeli Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku Dziecka kwotę do wypłaty obliczamy inaczej, sposób ten wskazujemy w tej Tabeli.
4. Za wszystkie Negatywne Skutki Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka, które powstały wskutek jednego Nieszczęśliwego Wypadku, wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Negatywnych Skutków Nieszczęśliwego Wypadku u Dziecka. Limit 100% liczymy odrębnie dla każdego Dziecka.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

5. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
6. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli Zdarzenie będzie związane z takimi uszkodzeniami ciała w obszarze układu mięśniowo-szkieletowego, które w dokumentacji medycznej lekarz określi jako „mające charakter nawykowy, zmęczeniowy lub wysiłkowy".

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA LECZENIA SZPITALNEGO DZIECKA NR PGO/LSD/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Leczenie Szpitalne Dziecka, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Dziecko będzie leczone w Szpitalu co najmniej 4 dni, po wyjściu Dziecka ze Szpitala wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczamy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka z dnia, w którym rozpoczęło się to leczenie, oraz
   2) liczbę dni leczenia, które rozpoczęło się w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej, oraz
   3) odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia, który zależy od długości i przyczyny leczenia (jeśli będzie kilka przyczyn, uwzględnimy tylko jeden wskaźnik naliczenia Świadczenia – najwyższy). Wskaźnik wskazujemy w Tabeli poniżej.

Tabela

Czas Leczenia Szpitalnego Dziecka	Przyczyna Leczenia Szpitalnego Dziecka	Wskaźnik naliczenia Świadczenia za każdy dzień Leczenia Szpitalnego Dziecka
od 1. do 14. dnia	Nieszczęśliwy Wypadek	1%
	inna niż Nieszczęśliwy Wypadek	0,6%
od 15. dnia	bez względu na przyczynę	0,5%

Przykład:

Dziecko z powodu Nieszczęśliwego Wypadku trafia do Szpitala.

Zostaje przyjęte do Szpitala 1 lipca, a wypisane 14 lipca.

W takim przypadku Świadczenie jest należne za 14 dni Leczenia Szpitalnego Dziecka.

Suma Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego wynosi 5 000 zł.

Po wyjściu Dziecka ze Szpitala i po złożeniu wniosku o wypłatę Świadczenia wypłacamy Uczestnikowi 700 zł.

Kwotę wypłaty obliczamy zgodnie z poniższym:

Suma Ubezpieczenia x % Sumy Ubezpieczenia x liczba dni pobytu w Szpitalu

(5 000 zł x 1%) x 14 dni = 700 zł

3. Jeśli Leczenie Szpitalne Dziecka będzie trwało dłużej niż 14 dni, to do obliczenia Świadczenia użyjemy dwóch wskaźników, a Świadczenie będzie sumą Świadczeń za:
   1) pierwsze 14 dni leczenia oraz
   2) czas leczenia od 15. dnia do zakończenia tego leczenia albo do wyczerpania Sumy Ubezpieczenia.
4. Jeśli w wyniku jednej przyczyny Dziecko będzie leczone w Szpitalu kilka razy, to gdy będziemy obliczać kwotę wypłaty za drugie i kolejne Leczenia Szpitalne z tej samej przyczyny:
   1) zsumujemy dni poszczególnych Leczeń Szpitalnych i na tej podstawie zastosujemy odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia – pierwszy dzień kolejnego Leczenia Szpitalnego potraktujemy tak, jak byłby to kolejny dzień poprzedniego Leczenia Szpitalnego,
   2) do obliczeń zastosujemy Sumę Ubezpieczenia z dnia rozpoczęcia pierwszy Leczenia Szpitalnego.
5. W każdym Roku Ubezpieczenia wypłacimy maksymalnie 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Leczenia Szpitalnego Dziecka. Limit 100% liczymy odrębnie dla każdego Dziecka.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

6. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
7. W odniesieniu do Leczenia Szpitalnego Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona:
   1) 30 dni i dotyczy Przystąpienia w ciągu 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) 180 dni i dotyczy:
      a) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
      b) Wznowienia,
      c) Rozszerzenia Ochrony.
8. Nie wypłacimy Świadczenia za Leczenie Szpitalne Dziecka, jeśli:
   1) leczenie wiąże się z operacją plastyczną lub kosmetyczną, chyba że jest ona niezbędna do usunięcia skutków Nieszczęśliwego Wypadku, jakiemu w trakcie trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej uległo Dziecko,
   2) Dziecko przebywa w Szpitalu w celu leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
   3) leczenie wystąpi jako bezpośredni lub pośredni skutek bezprawnych działań osób, pod opieką których pozostawało Dziecko,
   4) w trakcie leczenia Dziecko umrze.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA REHABILITACJI DZIECKA NR PGO/RHD/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Rehabilitacji Dziecka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Rehabilitacja Dziecka, która rozpoczęła się:
   1) w ciągu 12 pierwszych miesięcy życia tego Dziecka i
   2) w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Dziecko będzie rehabilitowane w trybie:
   1) stacjonarnym – to wypłacimy Uczestnikowi 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Dziecka – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji – na podstawie karty wypisowej z Ośrodka Rehabilitacji albo
   2) dziennym – to wypłacimy Uczestnikowi 30% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Dziecka – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji – na podstawie karty informacyjnej lub zaświadczenia z Ośrodka Rehabilitacji, które dokumentują leczenie Dziecka w trybie dziennym.
3. Jeśli Dziecko będzie rehabilitowane w trybie dziennym i wypłacimy 30% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Dziecka, a następnie rozpocznie się Rehabilitacja w trybie stacjonarnym, to po zakończeniu Rehabilitacji w trybie stacjonarnym wypłacimy Uczestnikowi 70% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Dziecka – Sumy Ubezpieczenia która obowiązywała w dniu rozpoczęcia Rehabilitacji w trybie stacjonarnym.
4. Suma Świadczeń z tytułu Rehabilitacji każdego Dziecka nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Rehabilitacji Dziecka – sumujemy procenty wypłacanych Świadczeń. Limit 100% liczymy odrębnie dla każdego Dziecka.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

5. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
6. W odniesieniu do Rehabilitacji Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
7. W odniesieniu do Rehabilitacji Dziecka, w okresie 90 dni od:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony,

   stosujemy zasady Progresji.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA SZPITALNEGO DZIECKA „ZDROWE ŻYCIE" NR PGO/HD2/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

Umowę Dodatkową zawierają Państwo w poniższym zakresie, który wskazujemy poniżej.

Zakres Ubezpieczenia
1) Postępowanie Medyczne: a) operacyjne b) zabiegowe c) zachowawcze 2) okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe

Ochrona z tytułu Świadczenia Szpitalnego Dziecka „Zdrowe Życie"

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest:
   1) przeprowadzenie u Dziecka Postępowania Medycznego – wskazujemy je w części 1 i 2 Wykazu Postępowań Medycznych Dziecka (Wykaz),
   2) wystąpienie w odniesieniu do Dziecka okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe – wskazujemy je w części 3 Wykazu,

   które wystąpiły w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Gdy wystąpi Zdarzenie, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego Dziecka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia oraz
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
3. Jeśli wypłacimy Świadczenie za Postępowanie Medyczne, a Zdarzenie spełnia kryteria, które opisane są w Części 3 Wykazu, to wypłacimy dodatkowo jedno Świadczenie Ryczałtowe.
4. Świadczenie Ryczałtowe obliczymy, mnożąc:
   1) niższą z kwot – Sumę Ubezpieczenia z tytułu Świadczenia Szpitalnego Dziecka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego Zdarzenia, lub kwotę 10 000 zł i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z części 3 Wykazu, który odpowiada temu Zdarzeniu.
5. Abyśmy mogli wypłacić Świadczenie, potrzebujemy poniższych dokumentów:
   1) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
   2) historia choroby, wyniki badań, dokumentacja medyczna związana z wcześniejszymi pobytami Dziecka w szpitalu,
   3) inne dokumenty, których potrzebujemy, aby ustalić wysokość Świadczenia i je wypłacić.
6. Świadczenie za Postępowanie Medyczne wypłacimy Uczestnikowi najwcześniej, gdy Dziecko zakończy Hospitalizację.
7. Jeśli w trakcie jednej Hospitalizacji Dziecko zostanie poddane więcej niż jednemu Postępowaniu Medycznemu, wypłacimy tylko jedno – najwyższe – z należnych Świadczeń oraz Świadczenie Ryczałtowe, które dotyczy tego postępowania.
8. Limit Sumy Ubezpieczenia liczymy odrębnie dla każdego Dziecka.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

9. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
10. W odniesieniu do Świadczenia Szpitalnego Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona:
    1) 90 dni i dotyczy Przystąpienia przed upływem 3 miesięcy od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia
    2) 180 dni i dotyczy:
       a) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
       b) Rozszerzenia Ochrony,
       c) Wznowienia.
11. Ochrona z tytułu Postępowań Medycznych wskazanych w części 2 Wykazu rozpoczyna się po upływie 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej – Ochrony, którą liczymy od dnia Przystąpienia, Rozszerzenia Ochrony oraz Wznowienia.

12. Nie wypłacimy Świadczenia:
    1) za kolejne takie samo Postępowanie Medyczne, za które wypłaciliśmy Świadczenie, jak i każde inne Postępowanie Medyczne, które występuje razem z tym postępowaniem w tej samej pozycji Wykazu i nie upłynął odpowiedni okres – od końca poprzedniego pobytu w Szpitalu, w czasie którego zostało wykonane takie postępowanie, do początku pobytu w Szpitalu związanego z tym kolejnym postępowaniem – ograniczenie nie dotyczy tych Postępowań Medycznych, które przeprowadzono na rzecz Dziecka w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem; odpowiednim okresem, o którym mowa powyżej, jest:
        a) w przypadku Postępowań Medycznych, które dotyczą narządów symetrycznych liczymy ten okres odrębnie dla narządu prawego i lewego (takie Postępowania Medyczne oznaczamy w Wykazie słowami „5lat/5lat"),
        b) w przypadku takiego samego Postępowania Medycznego, które dotyczy struktury wielokrotnie występującej, ale anatomicznie inaczej położonej, okres ten skracamy do 18 miesięcy (takie Postępowania Medyczne oznaczamy w Wykazie słowami „5 lat/18 miesięcy"),
    2) jeśli Zdarzenie spowodują Nieprawidłowości Zdrowotne. Zrezygnujemy z tego ograniczenia (czyli wypłacimy Świadczenie), jeśli w ciągu 24 miesięcy nieprzerwanej Ochrony udzielanej na podstawie Umów Dodatkowych tego rodzaju Dziecko w związku z daną chorobą lub urazem spowodowanym Nieszczęśliwym Wypadkiem nie wymagało korzystania z porad lekarskich, wykonania badań lub przyjmowania leków ani nie oczekiwało na inne Postępowanie Medyczne związane z tą chorobą lub urazem;
    3) jeśli Zdarzenie powstanie w związku z:
        a) chorobą przewlekłą,
        b) wadą wrodzoną,
        c) bezprawnymi działaniami osób, pod opieką których pozostawało Dziecko – jako skutek tych działań,
        d) klęską żywiołową lub epidemią ogłoszonymi przez odpowiednie organy administracji państwowej.

§ 3

Załącznikiem do tych OWU UD jest Wykaz Postępowań Medycznych Dziecka.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WYKAZ POSTĘPOWAŃ MEDYCZNYCH DZIECKA

Załącznik do Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego Dziecka „Zdrowe Życie" nr PGO/HD2/2024/1

Część 1. POSTĘPOWANIA MEDYCZNE			
CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
1	5 lat	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych leczone zachowawczo	6%
2	5 lat	Choroba infekcyjna układu nerwowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem wirusowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych)	18%
3	5 lat	Śpiączka pochodzenia nieurazowego leczona zachowawczo	6%
4	5 lat	Choroba nerwu rdzeniowego leczona zachowawczo	4%
5	5 lat/ 18 mies.	Choroba nerwu rdzeniowego leczona operacyjnie	7%
6	5 lat/ 5 lat	Zespół cieśni kanału nadgarstka leczony operacyjnie	5%
7	5 lat	Zespół uciskowo-nerwowy leczony operacyjnie (z wyłączeniem zespołu cieśni kanału nadgarstka)	4%
8	5 lat	Choroba nerwu czaszkowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	6%
9	5 lat/ 18 mies.	Choroba nerwu czaszkowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem nerwu wzrokowego)	7%
10	5 lat	Przemijający napad niedokrwienny mózgu (TIA) leczony zachowawczo (z wyłączeniem udaru niedokrwiennego)	6%
11	5 lat	Udar niedokrwienny mózgowia leczony zachowawczo	10%
12	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony zachowawczo	8%
13	5 lat	Krwotok śródczaszkowy leczony operacyjnie	13%
14	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
15	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone endarterektomią z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
16	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
17	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy szyjnej leczone stentowaniem z powikłanym przebiegiem leczenia	30%
18	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	14%
19	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy podstawnej mózgu, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	21%
20	5 lat	Tętniak tętnicy mózgowej leczony operacyjnie (z wyłączeniem tętnicy podstawnej, tętnicy śródczaszkowej lub tętnicy kręgowej)	19%
21	5 lat	Tętniak tętnicy podstawnej mózgu, śródczaszkowej mózgu lub kręgowej mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
22	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z niepowikłanym przebiegiem leczenia	14%
23	5 lat	Naczyniak mózgu leczony embolizacją z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
24	5 lat	Naczyniak mózgu leczony operacyjnie lub metodami radiologii interwencyjnej	50%
25	5 lat	Naczyniak rdzenia leczony embolizacją	21%

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

CHOROBY NARZĄDU WZROKU			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
42	5 lat	Zapalenie tkanek oczodołu leczone zachowawczo	4%
43	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony zachowawczo	4%
44	nie dotyczy	Uraz oka lub tkanek je otaczających leczony operacyjnie	5%
45	5 lat	Krwawienie do przedniej komory oka leczone zachowawczo	4%
46	5 lat	Zaburzenia nerwu wzrokowego lub uszkodzenie drogi wzrokowej leczone zachowawczo	5%
47	5 lat/ 5 lat	Choroba ciała szklistego leczona operacyjnie z wykonaniem witrektomii	14%
48	5 lat/ 5 lat	Zaćma leczona operacyjnie wraz z wszczepieniem sztucznej soczewki	6%
49	5 lat	Półpasiec oczny, wrzód rogówki leczone zachowawczo	4%
50	5 lat	Zapalenie rogówki, twardówki leczone zachowawczo	4%
51	5 lat	Zapalenie błony naczyniowej oka leczone zachowawczo	4%
52	5 lat	Choroba rogówki lub twardówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem laserowej korekcji wady wzroku)	8%
53	5 lat	Choroba siatkówki leczona zachowawczo (z wyłączeniem zamknięcia światła tętnicy środkowej siatkówki lub światła żyły środkowej siatkówki)	4%
54	5 lat	Zamknięcie światła żyły środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%
55	5 lat	Zamknięcie światła tętnicy środkowej siatkówki leczone zachowawczo	5%
56	5 lat	Choroba siatkówki leczona operacyjnie (z wyłączeniem odwarstwienia siatkówki)	8%
57	5 lat	Odwarstwienie siatkówki leczone operacyjnie	5%
58	5 lat	Jaskra leczona zachowawczo	4%
59	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	5%
60	5 lat	Jaskra leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%
61	5 lat	Choroba dróg odprowadzających łzy leczona operacyjnie	4%
62	5 lat	Choroba powieki leczona operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu skóry, powieki oraz zmian zwyrodnieniowych spojówki)	1%
63	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa spojówki leczona operacyjnie	2%
64	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny powieki leczony operacyjnie	4%
65	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy powieki leczony operacyjnie	4%
66	5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony zachowawczo	4%
67	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej leczony operacyjnie (z wyłączeniem jednoczesnego usunięcia gałki ocznej)	8%
68	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy gałki ocznej i oczodołu leczony operacyjnie z usunięciem gałki ocznej i tkanek oczodołu	10%

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

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
98	5 lat	Zapalenie oskrzeli leczone zachowawczo	4%
99	5 lat	Zapalenie płuc leczone zachowawczo	7%
100	5 lat	Choroba dróg oddechowych w trakcie diagnostyki wymagającej wykonania bronchoskopii	2%
101	5 lat	Astma oskrzelowa leczona zachowawczo	5%
102	5 lat	Przewlekła obturacyjna choroba płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem rozedmy płuc)	5%
103	5 lat	Rozedma płuc leczona zachowawczo	5%
104	5 lat	Rozedma płuc leczona operacyjnie	6%
105	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone zachowawczo	8%
106	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
107	5 lat	Rozstrzenie oskrzeli leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	17%
108	nie dotyczy	Uraz klatki piersiowej ze stłuczeniem płuca lub złamaniem jednego lub więcej żeber leczony zachowawczo (z wyłączeniem wielomiejscowych obrażeń ciała)	10%
109	5 lat	Suche zapalenie opłucnej leczone zachowawczo	4%
110	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona zachowawczo	5%

111	5 lat	Odma samoistna opłucnej leczona drenażem ssącym opłucnowym lub płyn w jamie opłucnej leczony drenażem chirurgicznym jamy opłucnej (z wyłączeniem ropniaka opłucnej)	6%
112	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony drenażem	6%
113	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
114	5 lat	Ropniak jamy opłucnej leczony operacyjnie z otwarciem klatki piersiowej z powikłanym przebiegiem leczenia	17%
115	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
116	5 lat	Ropień płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
117	5 lat	Wysięk do jamy opłucnej leczony zachowawczo	6%
118	5 lat	Choroba śródmiąższowa płuc leczona zachowawczo (z wyłączeniem włóknienia płuc i sarkoidozy)	6%
119	5 lat	Włóknienie płuc leczone zachowawczo	6%
120	5 lat	Sarkoidoza płuc leczona zachowawczo	6%
121	5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony zachowawczo	5%
122	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny płuca leczony operacyjnie	17%
123	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony zachowawczo	6%
124	5 lat	Nowotwór złośliwy płuca naciekający klatkę piersiową, przeponę lub śródpiersie – leczony zachowawczo	11%
125	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
126	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy płuca leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
127	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
128	5 lat	Nowotwór łagodny ściany klatki piersiowej leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
129	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	18%
130	5 lat	Nowotwór złośliwy śródpiersia leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	20%
131	5 lat	Choroba zakrzepowo-zatorowa płuca leczona zachowawczo (z wyłączeniem zatoru tętnicy płucnej spowodowanego zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej)	7%
132	5 lat	Niewydolność oddechowa (w tym obrzęk płuc) leczona z zastosowaniem wentylacji zastępczej	10%
133	5 lat	Niewydolność oddechowa leczona operacyjnie przeszczepem płuca	100%

CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
134	5 lat	Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej w trakcie diagnostyki	2%
135	5 lat/ 5 lat	Żylaki kończyny dolnej leczone operacyjnie	4%
136	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyny dolnej, miednicy małej, leczone zachowawczo	8%
137	5 lat	Zator tętnicy płucnej spowodowany zapaleniem zakrzepowym żył głębokich kończyny dolnej lub miednicy małej leczony zachowawczo	14%
138	5 lat	Zapalenie zakrzepowe żył głębokich kończyn dolnych i miednicy małej, leczone operacyjnie	14%
139	5 lat	Nadciśnienie tętnicze leczone zachowawczo	2%
140	5 lat	Ciężkie nadciśnienie tętnicze ze zmianami w obrębie nerek i serca, leczone zachowawczo	7%
141	5 lat	Zapalenie osierdzia leczone zachowawczo	8%
142	5 lat	Zapalenie mięśnia serca i wsierdzia leczone zachowawczo	19%
143	5 lat	Choroba niedokrwienna serca leczona zachowawczo	5%
144	5 lat	Ostry zespół wieńcowy leczony zachowawczo	10%
145	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową bez zastosowania stentu	10%
146	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną wewnątrznaczyniową plastyką z zastosowaniem stentu (z wyjątkiem stentu uwalniającego lek)	14%
147	5 lat/ 18 mies.	Zwężenie tętnicy wieńcowej leczone przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z użyciem stentu uwalniającego lek	24%
148	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność tętnicy wieńcowej leczona pomostowaniem tętnicy wieńcowej	38%
149	5 lat	Zaburzenia rytmu serca (za wyjątkiem migotania i trzepotania przedsionków) leczone zachowawczo	4%
150	5 lat	Migotanie i trzepotanie przedsionków leczone zachowawczo	3%
151	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone zabiegiem ablacji przezskórnej lub metodą CARTO	18%
152	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją wszczepienia stymulatora serca	26%
153	5 lat	Zaburzenia rytmu serca leczone operacją implantacji automatycznego wszczepialnego kardiowertera/ defibrylatora	30%
154	5 lat	Operacja wymiany stymulatora serca	26%

155	5 lat	Niedrożność naczyń obwodowych spowodowana zmianami miażdżycowymi leczona zachowawczo (z wyłączeniem tętnicy mózgowej)	6%
156	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
157	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
158	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	14%
159	5 lat/ 18 mies.	Niedrożność lub zwężenie naczyń tętniczych spowodowane zmianami miażdżycowymi leczone operacyjnie w celu udrożnienia tętnicy z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem tętnicy szyjnej i tętnicy wieńcowej)	18%
160	5 lat	Tętniak aorty leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu	31%
161	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone przy użyciu protezy naczyniowej	30%
162	5 lat	Tętniak aorty, tętniak rozwarstwiający aorty leczone operacyjnie (z wyłączeniem leczenia przy użyciu protezy naczyniowej lub przezskórnej plastyki wewnątrznaczyniowej z zastosowaniem stentu)	40%
163	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
164	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przy użyciu protezy naczyniowej z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	24%
165	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	20%
166	5 lat	Tętniak naczynia tętniczego leczony przezskórną plastyką wewnątrznaczyniową z zastosowaniem stentu z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem aorty i tętnicy kręgowej)	25%
167	5 lat	Wada nabyta zastawki trójdzielnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
168	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona operacyjnie (z wyłączeniem operacji wymiany zastawki)	33%
169	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	48%
170	5 lat	Wada nabyta zastawki dwudzielnej (mitralnej) leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	60%
171	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
172	5 lat	Wada nabyta zastawki aortalnej leczona z zastosowaniem operacji wymiany zastawki z powikłanym przebiegiem leczenia	50%
173	5 lat	Niewydolność serca leczona przeszczepem serca	100%

CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
174	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami przewodu pokarmowego w trakcie diagnostyki	2%
175	5 lat	Zapalenie przełyku, błony śluzowej żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo	4%
176	5 lat	Polipy przełyku lub żołądka leczone endoskopowo	4%
177	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczone zachowawczo z wykonaniem endoskopii	3%
178	5 lat	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy leczona operacyjnie	11%
179	5 lat	Zwężenie odźwiernika leczone metodą endoskopową lub pyloroplastyką	9%
180	5 lat	Krwawienie z żylaków przełyku lub żołądka leczone metodą endoskopową	5%
181	5 lat	Żylaki przełyku lub żołądka leczone operacyjnie	6%
182	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego leczone operacyjnie	4%
183	5 lat	Zapalenie wyrostka robaczkowego powikłane rozlanym zapaleniem otrzewnej leczone operacyjnie	7%
184	5 lat/ 5 lat	Przepuklina pachwinowa lub mosznowa leczona operacyjnie	4%
185	5 lat/ 5 lat	Przepuklina udowa leczona operacyjnie	4%
186	5 lat	Przepuklina nabyta rozworu przełykowego przepony leczona operacyjnie	5%
187	5 lat	Przepuklina brzuszna leczona operacyjnie (z wyłączeniem przepuklin: rozworu przełykowego przepony, pachwinowej, mosznowej i udowej)	5%
188	5 lat	Żylaki odbytu leczone operacyjnie lub zabiegowo	5%
189	5 lat	Szczelina odbytu, przetoka odbytu lub odbytnicy, ropień odbytu lub odbytnicy leczone operacyjnie	6%
190	5 lat	Polipy jelita grubego leczone metodą endoskopową	3%
191	5 lat	Choroba jelita grubego leczona operacyjne (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	9%

192	5 lat	Choroba zapalna jelita leczona zachowawczo (z wyłączeniem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego)	6%
193	5 lat	Zapalenie żołądkowo-jelitowe leczone zachowawczo	3%
194	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone zachowawczo	3%
195	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
196	5 lat	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
197	5 lat	Niedrożność jelit leczona zachowawczo	7%
198	5 lat	Zrosty jelitowe leczone operacyjnie	9%
199	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
200	5 lat	Niedrożność lub martwica jelita leczona operacyjnie wraz z częściową resekcją jelita z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
201	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	13%
202	5 lat	Ostre niedokrwienie jelita leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
203	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	18%
204	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie bez wykonania ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	24%
205	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	21%
206	5 lat	Choroba jelita cienkiego leczona operacyjnie z wykonaniem ileostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem ostrego niedokrwienia jelit i zrostów jelitowych oraz ich powikłań)	30%
207	5 lat	Nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego leczony zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jamy ustnej i gardła)	8%
208	5 lat	Zwężenie przełyku spowodowane chorobą nowotworową leczone metodą endoskopową	5%
209	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	16%
210	5 lat	Nowotwór złośliwy przełyku leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
211	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony zachowawczo z wykonaniem endoskopii	5%
212	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
213	5 lat	Nowotwór złośliwy żołądka leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
214	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	18%
215	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie bez wykonania kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	25%
216	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	21%
217	5 lat	Nowotwór złośliwy jelita grubego leczony operacyjnie z wykonaniem kolostomii z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu odbytniczo-odbytowego)	27%
218	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
219	5 lat	Nowotwór złośliwy odbytniczo-odbytowy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	24%
220	5 lat	Zapalenie pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych leczone zachowawczo (z wyłączeniem kamiczego zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych)	5%
221	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, zapalenie kamicze pęcherzyka żółciowego lub zapalenie kamicze dróg żółciowych leczone zachowawczo	6%
222	5 lat	Choroba trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczone endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną ECPW (z wyłączeniem nowotworu)	5%
223	5 lat	Kamica pęcherzyka żółciowego, kamica przewodowa, polip, wodniak lub zapalenie pęcherzyka żółciowego leczone operacyjnie	7%
224	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie bez wytworzenia zespolenia	12%
225	5 lat	Ostre zapalenie trzustki leczone zachowawczo	9%
226	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
227	5 lat	Ostre zapalenie trzustki, pseudotorbiel trzustki leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	33%
228	5 lat	Choroba wątroby leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego wątroby, stłuszczenia wątroby, toksycznego i wirusowego zapalenia wątroby oraz marskości wątroby)	6%
229	5 lat	Marskość wątroby leczona zachowawczo z wyłączeniem marskości pozapalnej (WZW) i toksycznej	11%
230	5 lat	Krwiak wątroby leczony drenażem dróg żółciowych (z wyłączeniem urazu wielomiejscowego narządów wewnętrznych)	6%
231	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
232	5 lat	Ropień wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
233	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
234	5 lat	Łagodna zmiana ogniskowa wątroby leczona operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%

235	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony zachowawczo	12%
236	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
237	5 lat	Nowotwór złośliwy wątroby leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	28%
238	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony zachowawczo	14%
239	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki, wątroby lub dróg żółciowych leczony endoskopową cholangiopankreatografią wsteczną (ECPW)	10%
240	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	26%
241	5 lat	Nowotwór złośliwy trzustki leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	32%
242	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony zachowawczo	10%
243	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z niepowikłanym przebiegiem leczenia	15%
244	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherzyka żółciowego leczony operacyjnie z jednoczesnym wytworzeniem zespolenia z powikłanym przebiegiem leczenia	18%
245	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	22%
246	5 lat	Nowotwór złośliwy dróg żółciowych leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
247	5 lat	Niewydolność wątroby leczona przeszczepem wątroby	100%

CHOROBY NARZĄDU RUCHU			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
248	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone zachowawczo	3%
249	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone zachowawczo	3%
250	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone zachowawczo	2%
251	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone zachowawczo	3%
252	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone zachowawczo	3%
253	nie dotyczy	Złamanie kości podudzia lub kostek goleni leczone zachowawczo	2%
254	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone zachowawczo	8%
255	nie dotyczy	Złamanie kości biodrowej leczone zachowawczo	5%
256	nie dotyczy	Złamanie kości miednicy leczone zachowawczo	5%
257	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa leczone zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa w przebiegu choroby nowotworowej)	9%
258	nie dotyczy	Złamanie kości ręki leczone operacyjnie	5%
259	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	4%
260	nie dotyczy	Złamanie kości przedramienia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	6%
261	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
262	nie dotyczy	Złamanie kości ramiennej leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%
263	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie	8%
264	nie dotyczy	Złamanie kości stopy leczone operacyjnie	6%
265	nie dotyczy	Złamanie kości kończyny dolnej w obrębie kostek goleni leczone operacyjnie	6%
266	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
267	nie dotyczy	Złamanie trzonu kości podudzia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	11%
268	nie dotyczy	Złamanie trzonu lub końca bliższego kości udowej leczone operacyjnie	15%
269	nie dotyczy	Złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki)	19%
270	nie dotyczy	Złamanie kości obręczy kończyny dolnej leczone operacyjnie	9%
271	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny górnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	13%
272	nie dotyczy	Złamanie wielomiejscowe kości kończyny dolnej z uszkodzeniem struktur stawowych leczone operacyjnie	20%
273	nie dotyczy	Złamanie z przemieszczeniem kości obu kończyn dolnych leczone operacyjnie	44%
274	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki leczone zachowawczo	3%
275	nie dotyczy	Złamanie kości żuchwy leczone operacyjnie	4%
276	nie dotyczy	Złamanie kości szczęki leczone operacyjnie	7%
277	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki bez urazu oczodołu leczone operacyjnie (z wyłączeniem złamania kości żuchwy)	7%
278	nie dotyczy	Złamanie kości twarzoczaszki z urazem oczodołu leczone operacyjnie	16%
279	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
280	nie dotyczy	Złamanie kości kręgosłupa wskutek urazu leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%

281	5 lat	Osteoporoza bez złamań osteoporotycznych leczona zachowawczo	4%
282	5 lat	Osteoporoza ze złamaniami osteoporotycznymi leczona operacyjnie (z wyłączeniem złamania osteoporotycznego trzonów kręgów)	10%
283	5 lat/ 18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
284	5 lat/ 18 mies.	Złamanie osteoporotyczne trzonów kręgów leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	21%
285	nie dotyczy	Urazowe zwichnięcie stawu biodrowego leczone zachowawczo	4%
286	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie mięśnia obręczy kończyny dolnej leczone zachowawczo	4%
287	nie dotyczy	Uraz odcinka szyjnego kręgosłupa leczony zachowawczo (z wyłączeniem złamania kości kręgosłupa)	6%
288	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką częściową	22%
289	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu biodrowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	26%
290	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu kolanowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	30%
291	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu ramiennego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	32%
292	nie dotyczy	Złamanie struktur kostnych stawu łokciowego leczone endoprotezoplastyką całkowitą	28%
293	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu łokciowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
294	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu obręczy kończyny górnej leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
295	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu ręki leczone operacyjnie	4%
296	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu promieniowo-nadgarstkowego leczone operacyjnie	5%
297	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu stopy leczone operacyjnie	6%
298	nie dotyczy	Urazowe uszkodzenie struktur stawu skroniowo-żuchwowego leczone operacyjnie	8%
299	5 lat/ 5 lat	Nabyte zniekształcenie koślawego palucha leczone operacyjnie	4%
300	5 lat/ 5 lat	Nabyte zniekształcenie palców stopy oraz kości śródstopia leczone operacyjnie (z wyłączeniem zniekształcenia koślawego palucha)	5%
301	5 lat	Pourazowa różnica w długości kości leczona operacyjnie metodą Ilizarowa	15%
302	5 lat	Boczne skrzywienie kręgosłupa leczone operacyjnie z zastosowaniem implantów	46%
303	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone zachowawczo	11%
304	5 lat	Zakażenie w obrębie układu kostnego leczone operacyjnie	19%
305	5 lat	Zakażenie stawu lub tkanek okołostawowych narządu ruchu leczone zachowawczo (za wyjątkiem boreliozy)	9%
306	5 lat	Jałowa martwica kości leczona zachowawczo	8%
307	5 lat	Jałowa martwica kości leczona operacyjnie	11%
308	5 lat	Zapalenie stawów w przebiegu układowej choroby tkanki łącznej leczone zachowawczo (z wyłączeniem reumatoidalnego zapalenia stawów i seronegatywnych spondyloartropatii)	8%
309	5 lat	Choroba reumatyczna leczona zachowawczo (z wyłączeniem choroby reumatycznej serca)	6%
310	5 lat	Reumatoidalne zapalenie stawów leczone zachowawczo	9%
311	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu kolanowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	7%
312	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu obręczy kończyny górnej leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
313	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone zachowawczo (z wyłączeniem stawu biodrowego)	3%
314	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej (z wyłączeniem artroskopii diagnostycznej oraz artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących)	4%
315	5 lat	Choroba zwyrodnieniowa lub urazowe uszkodzenie struktur stawu narządu ruchu leczone metodą artroskopii operacyjnej z użyciem implantów mocujących	8%
316	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona operacyjnie (z wyłączeniem endoprotezoplastyki i artroskopii leczniczej)	8%
317	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego z miednicy lub kości udowej	6%
318	5 lat	Usunięcie materiału zespalającego (z wyłączeniem miednicy i kości udowej)	6%
319	5 lat	Choroba układu mięśniowego leczona zachowawczo (z wyłączeniem mięśnia obręczy kończyny dolnej)	4%
320	5 lat	Choroba układu mięśniowego lub urazowe uszkodzenie mięśnia leczone operacyjnie	7%
321	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości ramienia leczona operacyjnie	17%
322	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości nadgarstka leczona operacyjnie	8%
323	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej w obrębie palców ręki leczona operacyjnie	5%
324	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny górnej na wysokości łokcia leczona operacyjnie	13%
325	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości biodra i uda leczona operacyjnie	17%
326	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości kolana leczona operacyjnie oraz zabiegowo	13%

327	nie dotyczy	Amputacja urazowa kończyny dolnej na wysokości stopy leczona operacyjnie	10%
328	5 lat/ 5 lat	Amputacja kończyny dolnej z powodu stopy cukrzycowej	22%
329	5 lat/ 5 lat	Zakażenie w obrębie kikuta kończyny leczone operacyjnie	13%
330	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony zachowawczo (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	8%
331	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony zachowawczo	9%
332	5 lat	Nowotwór złośliwy kości kręgosłupa leczony operacyjnie	21%
333	5 lat	Nowotwór złośliwy tkanki kostnej leczony operacyjnie (z wyłączeniem kości kręgosłupa)	11%

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

CHOROBY ENDOKRYNOLOGICZNE			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
353	5 lat	Cukrzyca leczona zachowawczo (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych)	7%
354	5 lat	Śpiączka cukrzycowa leczona zachowawczo	8%
355	5 lat	Zaburzenia w układzie wydzielania wewnętrznego leczone zachowawczo	6%
356	5 lat	Choroba tarczycy leczona operacyjnie	11%
357	5 lat	Choroba przytarczyc leczona operacyjnie	13%
358	5 lat	Choroba przysadki leczona operacyjnie	23%
359	5 lat	Nadczynność kory nadnercza w przebiegu zespołu Cushinga lub zespołu Conna leczona operacyjnie	15%
360	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nadnercza leczony operacyjnie	15%

CHOROBY UKŁADU MOCZOWEGO			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
361	5 lat	Dolegliwości związane ze schorzeniami układu moczowego w trakcie diagnostyki	3%
362	5 lat	Zakażenie układu moczowego leczone zachowawczo (z wyłączeniem gruźlicy układu moczowego)	2%

363	5 lat	Kamica układu moczowego leczona zachowawczo bez ESWL (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	3%
364	5 lat	Kamica układu moczowego leczona falą uderzeniową generowaną pozaustrojowo (ESWL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	5%
365	5 lat	Kamica układu moczowego leczona metodami endoskopowymi (URSL lub PCNL) (niezależnie od umiejscowienia kamienia)	6%
366	5 lat	Choroba pęcherza moczowego leczona z zastosowaniem cystostomii (z wyłączeniem nowotworu złośliwego)	11%
367	5 lat	Przewlekła niewydolność nerek leczona zachowawczo	8%
368	5 lat	Ostra niewydolność nerek leczona dializą	12%
369	5 lat	Choroba nerek, moczowodu lub pęcherza moczowego leczone operacyjnie (z wyłączeniem nowotworu złośliwego, kamicy układu moczowego leczonej metodami endoskopowymi, przetok i gruźlicy układu moczowego)	14%
370	5 lat	Choroba cewki moczowej leczona operacyjnie	8%
371	5 lat	Nietrzymanie moczu leczone operacyjnie z wyłączeniem wypadania narządu rodnego	10%
372	5 lat	Przetoka pęcherzowo-jelitowa, pęcherzowo-pochwowa, pęcherzowo-maciczna leczone operacyjnie	17%
373	5 lat	Choroba nowotworowa układu moczowego leczona zachowawczo	7%
374	5 lat	Nowotwór łagodny pęcherza moczowego leczony metodą endoskopową	7%
375	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	17%
376	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	22%
377	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
378	5 lat	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego o dużym zaawansowaniu miejscowym leczony operacyjnie wraz z jednoczesnym wycięciem pęcherza moczowego z narządami nacieczonymi z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
379	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	21%
380	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy nerki lub moczowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	27%
381	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z niepowikłanym przebiegiem leczenia	40%
382	5 lat	Niewydolność nerek leczona operacyjnie z przeszczepem nerki z powikłanym przebiegiem leczenia	48%

CHOROBY MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
383	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza lub prącia leczone zachowawczo (z wyłączeniem przepukliny mosznowej lub chorób przenoszonych drogą płciową)	3%
384	5 lat	Zapalenie gruczołu krokowego leczone zachowawczo	5%
385	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony zachowawczo	4%
386	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	6%
387	5 lat	Łagodny rozrost gruczołu krokowego leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	8%
388	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	3%
389	5 lat	Żylaki powrózka nasiennego leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	4%
390	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	4%
391	5 lat	Choroba moszny, jądra, najądrza, nasieniowodu lub prącia leczone operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jądra, przepukliny mosznowej i żylaków powrózka nasiennego)	5%
392	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	4%
393	5 lat	Nowotwór złośliwy prącia leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	6%
394	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	5%
395	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jądra leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych	7%
396	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony zachowawczo	2%
397	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii częściowej	11%
398	5 lat	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego leczony operacyjnie z zastosowaniem prostatektomii radykalnej	15%

CHOROBY ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
399	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona zachowawczo (z wyłączeniem nowotworu złośliwego jajnika, jajowodu lub macicy oraz niepłodności)	3%
400	5 lat	Choroba szyjki macicy leczona przy użyciu elektrokoagulacji, elektrokauteryzacji, elektrokonizacji, krioterapii, laseroterapii	4%
401	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona z zastosowaniem wyłyżeczkowania kanału szyjki i jamy macicy (z wyłączeniem usunięcia ciąży obumarłej)	2%
402	5 lat	Choroba gruczołu Bartholina leczona zabiegowo	3%
403	5 lat	Choroba żeńskich narządów płciowych leczona operacyjnie (z wyłączeniem chorób nowotworowych, obniżenia i wypadania żeńskich narządów płciowych oraz niepłodności)	5%
404	5 lat	Obniżenie i wypadanie żeńskich narządów płciowych leczone operacyjnie	8%
405	5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	8%
406	5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony zachowawczo	4%
407	5 lat/ 5 lat	Torbiel/nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
408	5 lat/ 5 lat	Nowotwór łagodny jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
409	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	9%
410	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
411	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	12%
412	5 lat/ 5 lat	Nowotwór złośliwy jajnika lub jajowodu leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	14%
413	5 lat	Nowotwór złośliwy macicy, sromu lub pochwy leczony zachowawczo	6%
414	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z niepowikłanym przebiegiem leczenia	8%
415	5 lat	Nowotwór łagodny macicy leczony operacyjnie z powikłanym przebiegiem leczenia	10%
416	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie bez jednoczesnego wycięcia węzłów chłonnych	9%
417	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z niepowikłanym przebiegiem leczenia	10%
418	5 lat	Nowotwór złośliwy trzonu lub szyjki macicy leczony operacyjnie z jednoczesnym wycięciem węzłów chłonnych z powikłanym przebiegiem leczenia	12%
419	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie bez wycięcia węzłów chłonnych	14%
420	5 lat	Nowotwór złośliwy sromu lub pochwy leczony operacyjnie z wycięciem węzłów chłonnych	17%

CHOROBY HEMATOLOGICZNE			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
421	5 lat	Zaburzenie hemostazy, skaza krwotoczna leczone zachowawczo (z wyłączeniem dziedzicznych zaburzeń krzepnięcia krwi, zakrzepicy i wtórnej małopłytkowości spowodowanej chorobą rozrostową układu krwiotwórczego lub będącej wynikiem leczenia chemio- i/lub radioterapii)	6%
422	5 lat	Choroba hematologiczna wymagająca operacyjnego usunięcia śledziony	10%
423	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone zachowawczo (z wyłączeniem przewlekłej białaczki)	13%
424	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%
425	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie autologicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%
426	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z niepowikłanym przebiegiem leczenia	70%
427	5 lat	Choroba rozrostowa układu krwiotwórczego i limfatycznego, zespół mielodysplastyczny leczone operacyjnie allogenicznym przeszczepieniem komórek macierzystych szpiku z powikłanym przebiegiem leczenia	80%

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

Część 2 . POSTĘPOWANIA MEDYCZNE 24+			
Nr poz.	**Okres ograniczenia odpowiedzialności**	**Zdarzenia**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
445	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu ramiennego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	32%
446	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu łokciowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	28%
447	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu biodrowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	26%
448	5 lat/ 5 lat	Choroba zwyrodnieniowa stawu kolanowego leczona endoprotezoplastyką całkowitą	30%

Część 3. ŚWIADCZENIE RYCZAŁTOWE		
Nr poz.	**Okoliczności, w których wypłacimy Świadczenie Ryczałtowe**	**Wskaźnik naliczenia Świadczenia**
449	Medyczne zalecenie poddania się chemio-, radio- lub dializoterapii w związku z przeprowadzonym postępowaniem medycznym zastosowanym w leczeniu choroby nowotworowej lub choroby nerek	18%
450	Stacjonarne leczenie rehabilitacyjne w związku z zespołem ostrego niedokrwienia serca/ zawałem serca/ operacją serca/ udarem mózgu, odbyte w sanatorium/ szpitalu uzdrowiskowym/ stacjonarnym zakładzie rehabilitacji, w okresie 12 miesięcy od ostatniego dnia hospitalizacji, podczas której przeprowadzono postępowanie medyczne w związku z powyższymi schorzeniami	30%

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA NR PGO/PDK/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest wystąpienie w trakcie trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej Poważnego Zachorowania Dziecka określonego w Tabeli 1. Definicje Poważnych Zachorowań znajdą Państwo w Leksykonie, w części 3 – Definicje Poważnych Zachorowań Dziecka. W zależności od wybranej Wersji Poważnego Zachorowania ubezpieczenie obejmuje:
   1) 8 Poważnych Zachorowań Dziecka – w Wersji 1,
   2) 20 Poważnych Zachorowań Dziecka – w Wersji 2.

Tabela 1

Lp.	Poważne Zachorowanie	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
	Wersja 1	
1.	Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	100%
2.	Łagodny nowotwór mózgu	100%
3.	Niewydolność nerek	100%
4.	Nowotwór złośliwy	100%
5.	Przeszczep narządów	100%
6.	Schyłkowa niewydolność wątroby	100%
7.	Zapalenie mózgu powodujące trwałe ubytki neurologiczne	100%
8.	Zapalenie opon mózgowych powodujące trwałe ubytki neurologiczne	100%
	Wersja 2	
1.	Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych	25%
2.	Ciężka sepsa (Posocznica)	25%
3.	Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)	100%
4.	Infekcyjne zapalenie wsierdzia	25%
5.	Łagodny nowotwór mózgu	100%
6.	Niedokrwistość aplastyczna (Aplazja szpiku)	100%
7.	Niewydolność nerek	100%
8.	Nowotwór złośliwy	100%
9.	Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności	10%
10.	Operacja mózgu	25%
11.	Pourazowe uszkodzenie mózgu	50%
12.	Przeszczep narządów	100%
13.	Ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi	25%
14.	Rozległe oparzenie	100%
15.	Schyłkowa niewydolność wątroby	100%
16.	Śpiączka powodująca trwałe ubytki neurologiczne	100%
17.	Tężec	25%
18.	Wirusowe zapalenie mózgu	25%
19.	Wścieklizna	25%
20.	Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	25%

2. Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania wskazujemy w Tabeli 2 poniżej.

Tabela 2

Lp.	Poważne Zachorowanie	Dzień wystąpienia Poważnego Zachorowania
1.	Operacja mózgu	dzień operacji
2.	Ciężka sepsa (Posocznica) Tężec Wścieklizna	postawienie przez lekarza diagnozy w trakcie leczenia w warunkach szpitalnych
3.	Ropień mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi Rozległe oparzenie Zakażenie wirusem HIV/ Zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS) w wyniku przetoczenia krwi lub preparatów krwiopochodnych	postawienie przez lekarza diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania
4.	Nowotwór złośliwy Nowotwór złośliwy o niskim stopniu zaawansowania i/lub inwazyjności	dzień wykonania badania histopatologicznego, na podstawie którego została postawiona diagnoza dotycząca Poważnego Zachorowania
5.	Przeszczep narządów	zakwalifikowanie Dziecka na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania Przeszczepu narządu – jeśli Dziecka nie było na liście biorców
6.	pozostałe Poważne Zachorowania wymienione w Tabeli Poważnych Zachorowań Dziecka, a niewymienione w pkt 1-5 powyżej	postawienie diagnozy, która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Gdy wystąpi Poważne Zachorowanie, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka, która obowiązuje w dniu wystąpienia tego zachorowania, i
   2) wskaźnik naliczenia Świadczenia z Tabeli Poważnych Zachorowań Dziecka, który odpowiada temu Poważnemu Zachorowaniu,

   ale łącznie nie więcej niż 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka za wszystkie Poważne Zachorowania Dziecka – sumujemy wskaźniki naliczania Świadczenia, które były przypisane wszystkim wypłaconym Świadczeniom. Limit 100% liczymy odrębnie dla każdego Dziecka.
4. Jeśli posiadana przez nas dokumentacja medyczna nie dostarczy nam wystarczających informacji o stanie zdrowia Dziecka, to – abyśmy mogli wypłacić Świadczenie – możemy zlecić Dziecku, na nasz koszt, badania lekarskie i diagnostyczne z minimalnym ryzykiem (bez badań genetycznych). Jeśli jednak pełnoletnie Dziecko, a w przypadku niepełnoletniego Dziecka - jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny nie wyrazi zgody na ich wykonanie, mamy prawo odmowy wypłaty Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

5. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
6. W odniesieniu do Poważnego Zachorowania Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
7. W odniesieniu do Poważnego Zachorowania Dziecka, w okresie 180 dni od:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony,

   stosujemy zasady Progresji, a wysokość Świadczenia ograniczamy w taki sposób, że po uwzględnieniu Progresji nie będzie ono wyższe niż wyższa z tych kwot: ALA albo 50 000 zł.
8. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka, jeśli:
   1) Dziecko zmarło w ciągu:
      a) 14 dni od powstania Poważnego Zachorowania – w przypadku: Infekcyjnego zapalenia wsierdzia, Łagodnego nowotworu mózgu,
      b) 30 dni od powstania Poważnego Zachorowania – w przypadku: Nowotworu złośliwego, Przeszczepu narządów, Ciężkiej sepsy (Posocznicy), Niedokrwistości aplastycznej (Aplazji szpiku), Operacji mózgu, Pourazowego uszkodzenia mózgu, Ropnia mózgu z utrzymującymi się ubytkami neurologicznymi, Rozległego oparzenia, Śpiączki powodującej trwałe ubytki neurologiczne,

      chyba że śmierć Dziecka będzie skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku, który nie będzie przyczyną Poważnego Zachorowania,
   2) Poważne Zachorowanie jest skutkiem chorób, które znalazły odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej Dziecka i zostały rozpoznane lub leczone u Dziecka w okresie 5 lat, zanim objęliśmy Uczestnika po raz pierwszy Ochroną z tytułu Poważnego Zachorowania Dziecka,
   3) Poważne Zachorowanie powstało jako skutek wad wrodzonych Dziecka,
   4) Poważne Zachorowanie powstało jako skutek bezprawnych działań osób, pod opieką których pozostawało Dziecko.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA I RYZYKA URODZENIA SIĘ DZIECKA WYMAGAJĄCEGO WZMOŻONEJ OPIEKI MEDYCZNEJ NR PGO/UDZ/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

§ 1

W Umowie Dodatkowej w zakresie ryzyk, które obejmujemy Ochroną, jest:

1. Urodzenie się Dziecka lub przysposobienie Dziecka przez Uczestnika,
2. Urodzenie się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej.

Mogą Państwo wybrać jedno z tych ryzyk lub dwa jednocześnie.

Zakres Ubezpieczenia
Urodzenie się Dziecka lub przysposobienie Dziecka przez Uczestnika
Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej

§ 2

Ochrona z tytułu Urodzenia się Dziecka

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie, jakim jest:
   1) Urodzenie się Dziecka w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej lub
   2) Przysposobienie przez Uczestnika Dziecka w wieku poniżej 10 lat w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej. W przypadku przysposobienia datą zajścia Zdarzenia jest data uprawomocnienia się orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu Dziecka przez Uczestnika.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli:
   1) Uczestnikowi urodzi się Dziecko, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Urodzenia się Dziecka – która obowiązywała w dniu urodzenia się Dziecka – jeśli w czasie jednego porodu urodzi się więcej niż jedno Dziecko, wypłacimy Świadczenie za każde Dziecko,
   2) Uczestnik przysposobi Dziecko, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Urodzenia się Dziecka, która obowiązywała w dniu przysposobienia Dziecka przez Uczestnika – jeśli w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej Uczestnik przysposobi więcej niż jedno Dziecko, wypłacimy Świadczenie za każde Dziecko.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
4. W odniesieniu do Urodzenia się Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona 270 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
5. W odniesieniu do Urodzenia się Dziecka w okresie 270 dni od dnia:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony

   stosujemy zasady Progresji.
6. W odniesieniu do przysposobienia Dziecka przez Uczestnika stosujemy Karencję. Trwa ona 270 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.

§ 3

Ochrona z tytułu Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie, jakim jest Urodzenie się – w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej – Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Uczestnikowi urodzi się Dziecko Wymagające Wzmożonej Opieki Medycznej, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie. Obliczymy je, mnożąc:
   1) Sumę Ubezpieczenia z tytułu Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej z dnia Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej oraz
   2) odpowiedni wskaźnik naliczenia Świadczenia odpowiadający powodowi, dla którego Dziecko wymaga wzmożonej opieki medycznej – zastosujemy wskaźnik naliczenia Świadczenia

z Tabeli. Jeśli w czasie jednego porodu urodzi się więcej niż jedno takie Dziecko, wypłacimy Świadczenie za każde Dziecko.

Tabela

Powód, dla którego Dziecko wymaga wzmożonej opieki medycznej	Wskaźnik naliczenia Świadczenia
Niska ocena stanu zdrowia noworodka wg skali APGAR:	
1-4 punktów	300%
5-7 punktów	200%
Wcześniactwo – noworodek urodzony:	
przed początkiem 28 tygodnia ciąży	300%
między początkiem 28 a końcem 32 tygodnia ciąży	200%
między początkiem 33 a końcem 36 tygodnia ciąży	100%
Mała urodzeniowa masa ciała noworodka:	
Skrajnie mała masa ciała: do 999 g	300%
Bardzo mała masa ciała: 1000 g-1499 g	200%
Mała masa ciała: 1500 g-2499 g	100%
Wada Wrodzona Serca lub Układu Nerwowego	
Wada Wrodzona Serca lub Układu Nerwowego anatomiczne lub funkcjonalne nieprawidłowości występujące w obrębie serca lub układu nerwowego: 1) nabyte w okresie życia płodowego oraz 2) zdiagnozowane do ukończenia przez Dziecko 12 miesiąca życia	500%

3. Jeśli u Dziecka wystąpi więcej niż 1 czynnik, który decyduje o konieczności zastosowania wzmożonej opieki medycznej, Świadczenie wypłacimy w wysokości wynikającej z tego spośród czynników, który przewiduje najwyższą jego wysokość zgodnie z Tabelą.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

4. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
5. W odniesieniu do Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej stosujemy Karencję. Trwa ona 270 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
6. W odniesieniu do Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej w okresie 270 dni od dnia:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony

   stosujemy zasady Progresji.
7. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Urodzenia się Dziecka Wymagającego Wzmożonej Opieki Medycznej, jeśli:
   1) Dziecko nie przeżyje pierwszych 30 dni od narodzin,
   2) matka Dziecka umyślnie przyczyni się do stanu Dziecka, który skutkuje koniecznością zastosowania wzmożonej opieki medycznej z powodów wskazanych w Tabeli.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA URODZENIA SIĘ MARTWEGO DZIECKA LUB PORONIENIA NR PGO/ZNK/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika – jako przyszłej matki albo przyszłego ojca dziecka – jakim jest:
   1) Urodzenie się Martwego Dziecka lub
   2) Poronienie,

   które wystąpiły w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. W przypadku:
   1) Urodzenia się Martwego Dziecka wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia, która obowiązuje w dniu Urodzenia się Martwego Dziecka, jeśli w czasie jednego porodu urodzi się Uczestnikowi więcej niż jedno martwe dziecko, wypłacimy Świadczenie za każde z takich dzieci,
   2) Poronienia wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie równe 10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Urodzenia się Martwego Dziecka lub Poronienia, która obowiązuje w dniu Poronienia, jeśli w wyniku Poronienia obumarł więcej niż jeden płód, wypłacimy Świadczenie za każdy martwy płód.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
4. W odniesieniu do Urodzenia się Martwego Dziecka stosujemy Karencję. Trwa ona 270 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
5. W odniesieniu do Poronienia stosujemy Karencję. Trwa ona 270 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
6. W odniesieniu do Urodzenia się Martwego Dziecka w okresie 270 dni od dnia:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony

   stosujemy zasady Progresji.
7. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli matka dziecka umyślnie przyczyniła się do Urodzenia się Martwego Dziecka albo do Poronienia.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA RYZYKA ŚMIERCI RODZICA NR PGO/ZRK/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Śmierci Rodzica

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy Zdarzenie w życiu Uczestnika, jakim jest Śmierć Rodzica, która wystąpiła w trakcie trwania Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

2. Jeśli Rodzic umrze, wypłacimy Uczestnikowi Świadczenie w wysokości 100% Sumy Ubezpieczenia z tytułu Śmierci Rodzica – Sumy Ubezpieczenia, która obowiązywała w dniu śmierci tego rodzica.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

3. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
4. W odniesieniu do Śmierci Rodzica stosujemy Karencję. Trwa ona 180 dni i dotyczy:
   1) Przystąpienia po 3 miesiącach od Daty Uzyskania Prawa do Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony.
5. W odniesieniu do Śmierci Rodzica w okresie 270 dni od dnia:
   1) Przystąpienia,
   2) Wznowienia,
   3) Rozszerzenia Ochrony,

   stosujemy zasady Progresji.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE WERSJA 1 NR PGO/AS1/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Assistance

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest:
   1) Nagłe Zachorowanie Uczestnika;
   2) uszkodzenie ciała Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) potrzeba uzyskania informacji dotyczącej zdrowia lub macierzyństwa,

   które wystąpiło w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Dla Zdarzeń w tej Umowie Dodatkowej nie określamy Sum Ubezpieczenia.
4. Ochrona w tej Umowie Dodatkowej rozpoczyna się:
   1) 1. dnia następnego miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant obejmujący Umowę Dodatkową – jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 10. dnia miesiąca albo
   2) 1. dnia 2. miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant obejmujący Umowę Dodatkową – jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 11. do ostatniego dnia miesiąca.

   W taki sam sposób Ochrona rozpoczyna się w przypadku Wznowienia.
5. Jeśli nadejdzie dzień, w którym:
   1) Umowa Dodatkowa będzie rozwiązana albo
   2) wygaśnie Ochrona Uczestnika w ramach Umowy Głównej, albo
   3) przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant, który nie obejmuje Umowy Dodatkowej,

   to Ochrona w tej Umowie Dodatkowej wygaśnie odpowiednio:
   1) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 10. dnia tego miesiąca – ostatniego dnia bieżącego miesiąca – albo
   2) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 11. do ostatniego dnia miesiąca – ostatniego dnia następnego miesiąca.
6. Jeśli w trakcie Ochrony wystąpi Zdarzenie, to zapewnimy świadczenie opiekuńcze w postaci usługi assistance i pokryjemy jej koszt – rodzaj usługi, zasady organizacji i limity podajemy w Tabeli Usług Assistance.

Tabela Usług Assistance

Część I **Usługi assistance w przypadku:** **1) Nagłego Zachorowania Uczestnika lub** **2) uszkodzenia ciała Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**		
Lp.	**Usługi**	**Opis usługi**
1.	Wizyta lekarska	Jeśli Uczestnik będzie potrzebował wizyty lekarskiej, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyty lekarskiej Uczestnika w Placówce Medycznej albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do miejsca, w którym przebywa Uczestnik, i sfinansujemy honorarium lekarza. W przypadku Nagłego Zachorowania wizytę lekarza zorganizujemy maksymalnie 3 razy w ciągu jednego Roku Ubezpieczenia
2.	Transport medyczny do Placówki Medycznej	Jeśli Uczestnik wymaga pobytu w Placówce Medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, ale nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z miejsca, w którym zaszło Zdarzenie, do tej Placówki Medycznej

3.	Transport medyczny do miejsca zamieszkania	Jeśli Uczestnik może opuścić Placówkę Medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z Placówki Medycznej do miejsca zamieszkania Uczestnika
4.	Transport medyczny między Placówkami Medycznymi	Jeśli Uczestnik przebywa w Placówce Medycznej, ale: 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Uczestnika lub 2) został skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego między Placówkami Medycznymi
Lekarz centrum operacyjnego, na podstawie informacji od lekarza prowadzącego, wskaże sposób transportu medycznego i dostosuje go do stanu zdrowia Uczestnika		
Część II **Usługi assistance w przypadku uszkodzenia ciała Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**		
5.	Dostarczanie leków	Jeśli Uczestnik, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego lub pisemnym zaleceniem od lekarza prowadzącego, musi leżeć, a potrzebuje leków przepisanych przez lekarza, to dostarczymy te leki Uczestnikowi. Możemy to robić wielokrotnie, ale łączny koszt dostarczenia leków nie może być wyższy niż 800 zł na jedno Zdarzenie. Koszt zakupu leków pokrywa Uczestnik
6.	Zorganizowanie sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od lekarza prowadzącego zalecenie używania w domu sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu. Pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia do łącznej kwoty 800 zł na jedno Zdarzenie
7.	Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od lekarza prowadzącego zalecenie używania w domu sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy go Uczestnikowi. Pokryjemy koszty dostarczenia do łącznej wysokości 800 zł na jedno Zdarzenie
Część III **Usługi assistance w sytuacji, gdy Uczestnik będzie potrzebować informacji dotyczącej zdrowia**		
8.	Infolinia medyczna	Jeśli w trakcie Ochrony Uczestnik będzie potrzebować informacji dotyczącej zdrowia, to poinformujemy Uczestnika o: 1) państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia, które pomogą mu w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania Uczestnika, 2) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży itp., 3) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, 4) placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, 5) tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych, 6) dietach i zdrowym żywieniu, 7) domach pomocy społecznej, hospicjach, 8) przebiegu załatwiania formalności związanych ze śmiercią bliskiej osoby, 9) schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących przepisów prawa), 10) niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku, 11) grupach wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, rodziców ciężko chorych dzieci, 12) aptekach czynnych przez całą dobę, 13) szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych, jeśli Uczestnik będzie wybierał się w podróż
Część IV **Usługi assistance w sytuacji, gdy Uczestnik będzie potrzebować informacji dotyczącej macierzyństwa**		
9.	Infolinia Baby Assistance	Jeśli w trakcie Ochrony Uczestnik będzie potrzebować informacji dotyczącej macierzyństwa, to za pośrednictwem infolinii – „Baby Assistance" – poinformujemy Uczestnika o: 1) objawach ciąży, 2) badaniach prenatalnych, 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu, 4) szkołach rodzenia, 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, 6) karmieniu noworodka, 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci, 8) pielęgnacji noworodka

7. Świadczenia opiekuńcze w postaci usługi assistance realizujemy za pośrednictwem centrum operacyjnego, które jest dostępne całą dobę pod numerem telefonu +48 22 563 11 35.
8. **Ważne!**
   Limit na Świadczenia, o którym mowa w części I i części II Tabeli Usług Assistance, wynosi łącznie 3 000 zł za 1 Zdarzenie.
9. Informacje, o których mowa w Części III i części IV Tabeli Usług Assistance, nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego, ani nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza centrum operacyjnego lub nas.
10. Centrum operacyjne po weryfikacji prawa Uczestnika do usługi assistance, niezwłocznie przystąpi do jej realizacji – poinformuje Uczestnika kiedy je zrealizuje. Niezwłocznie poinformuje też o zmianie terminu lub sposobu realizacji tej usługi.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

11. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
12. Nie zapewniamy Świadczeń ani usług poza terytorium Polski.
13. Nie ponosimy kosztu zakupu leków – nie odpowiadamy też za brak leków w aptece.
14. Nie odpowiadamy za brak sprzętu w sklepie lub w wypożyczalni.
15. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych:
    1) w związku z leczeniem sanatoryjnym, fizykoterapią, zabiegami ze wskazań estetycznych, helioterapią,
    2) w wyniku leczenia zachowawczego lub zabiegowego, chyba że zalecił je lekarz,
    3) w wyniku epidemii, która została ogłoszona przez odpowiednie organy administracji publicznej, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, Aktów Terroryzmu,
    4) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
    5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa,
    6) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
    7) w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
    8) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika, które mają potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
    9) w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa,
    10) w wyniku zakażenia Uczestnika HIV,
    11) w związku z Chorobą Przewlekłą.
16. Odmówimy wykonania usługi assistance lub nie pokryjemy jej kosztu, jeśli wystąpi Zdarzenie, a Uczestnik:
    1) nie poda pracownikowi centrum operacyjnego następujących informacji:
       a) imienia i nazwiska,
       b) PESEL-u,
       c) adresu zamieszkania i numeru telefonu kontaktowego,
       d) numeru Polisy,
       e) krótkiego opisu Zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
       f) innych informacji potrzebnych do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług,
    2) nie dostarczy nam dokumentów niezbędnych do ustalenia zakresu naszej odpowiedzialności, o które poprosi pracownik centrum operacyjnego – zaświadczeń i skierowań lekarskich, recept, rachunków i dowodów zapłaty.
17. Wyjątkowo, gdy z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej Uczestnik nie będzie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i sam pokryje koszty świadczeń opiekuńczych, które opisaliśmy w części I i części II Tabeli Usług Assistance, to zwrócimy Uczestnikowi te koszty, jeśli przedstawi nam wymagane dokumenty – ma na to 20 dni od:
    1) dnia wystawienia skierowania lekarskiego – w przypadku transportu medycznego do Placówki Medycznej lub między Placówkami Medycznymi,
    2) dnia wypisu ze Szpitala – w przypadku transportu medycznego do miejsca zamieszkania,
    3) dnia zlecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego – w przypadku zorganizowania lub dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

    Zwrócimy taką kwotę jak gdybyśmy organizowali świadczenia opiekuńcze we własnym zakresie – zwrot kosztów musi zaakceptować centrum operacyjne.
18. Zastrzegamy sobie prawo do opóźnienia w realizacji świadczenia, ale tylko wtedy, gdy będzie to spowodowane czynnikami od nas niezależnymi – strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, Aktami Terroryzmu, sabotażem, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA ASSISTANCE WERSJA 2 NR PGO/AS2/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Assistance

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika.
2. Zdarzeniem jest:
   1) Nagłe Zachorowanie Uczestnika;
   2) uszkodzenie ciała Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
   3) potrzeba pomocy w przypadku urodzenia się Dziecka;
   4) Nagłe Zachorowanie Dziecka lub Nieszczęśliwy Wypadek Dziecka;
   5) trudna sytuacja w życiu Uczestnika, jaką jest śmierć Dziecka, Małżonka lub Rodzica;
   6) Choroba Przewlekła Uczestnika;
   7) trudna sytuacja w życiu Uczestnika, jaką jest pobyt Rodzica w Szpitalu;
   8) udokumentowana utrata pracy;
   9) potrzeba uzyskania informacji dotyczącej zdrowia lub macierzyństwa,

   które wystąpiło w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

3. Dla Zdarzeń w tej Umowie Dodatkowej nie określamy Sum Ubezpieczenia.
4. Ochrona w tej Umowie Dodatkowej rozpoczyna się:
   1) 1. dnia następnego miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant obejmujący Umowę Dodatkową – jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 10. dnia miesiąca – albo
   2) 1. dnia 2. miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant obejmujący Umowę Dodatkową – jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 11. do ostatniego dnia miesiąca.

W taki sam sposób Ochrona rozpoczyna się w przypadku Wznowienia.

5. Jeśli nadejdzie dzień, w którym:
   1) Umowa Dodatkowa będzie rozwiązana albo
   2) Uczestnik przestanie być ubezpieczony w ramach Umowy Głównej, albo
   3) przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant, który nie obejmuje Umowy Dodatkowej,

   to Ochrona w tej Umowie Dodatkowej wygaśnie odpowiednio:
   1) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 10. dnia tego miesiąca – ostatniego dnia bieżącego miesiąca – albo
   2) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 11. do ostatniego dnia miesiąca – ostatniego dnia następnego miesiąca.
6. Jeśli w trakcie Ochrony wystąpi Zdarzenie, to zorganizujemy usługę assistance i pokryjemy jej koszt – rodzaj usługi, zasady organizacji i limity podajemy w Tabeli usług assistance.

Tabela usług assistance

Część I **Usługi assistance w przypadku:** **1) Nagłego Zachorowania Uczestnika lub** **2) uszkodzenia ciała Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**		
Lp.	**Usługa**	**Opis usługi**
1.	Wizyta lekarska	Jeśli Uczestnik potrzebuje wizyty lekarskiej, to: 1) zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyty lekarskiej Uczestnika w Placówce Medycznej albo 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów lekarza do miejsca, w którym przebywa Uczestnik, i sfinansujemy honorarium lekarza. W przypadku Nagłego Zachorowania Uczestnika wizytę lekarza zorganizujemy maksymalnie 3 razy w ciągu jednego Roku Ubezpieczenia
2.	Transport medyczny do Placówki Medycznej	Jeśli Uczestnik wymaga pobytu w Placówce Medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, ale nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z miejsca, w którym zaszło Zdarzenie, do tej Placówki Medycznej
3.	Transport medyczny do miejsca zamieszkania	Jeśli Uczestnik może opuścić Placówkę Medyczną, w której przebywał, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego z Placówki Medycznej do miejsca zamieszkania Uczestnika
4.	Transport medyczny między Placówkami Medycznymi	Jeśli Uczestnik przebywa w Placówce Medycznej, ale: 1) nie odpowiada ona wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Uczestnika lub 2) został skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej, to zorganizujemy i pokryjemy koszt transportu medycznego między Placówkami Medycznymi
Lekarz centrum operacyjnego, na podstawie informacji od lekarza prowadzącego, wskaże sposób transportu medycznego – dostosuje go do stanu zdrowia Uczestnika.		
5.	Opieka nad Dziećmi i osobami niesamodzielnymi	Jeśli Uczestnik, zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego, będzie przebywał w Szpitalu dłużej niż 3 dni, to: 1) przewieziemy Dzieci lub osoby niesamodzielne do miejsca zamieszkania wskazanej przez Uczestnika osoby, która się nimi zajmie i z powrotem albo 2) przewieziemy wskazaną przez Uczestnika osobę, która zajmie się Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Uczestnika i z powrotem. W obu przypadkach pokryjemy koszt biletów kolejowych lub autobusowych pierwszej klasy. Jeśli centrum operacyjnemu nie uda się skontaktować z wyznaczoną osobą w ciągu 24 godzin od zgłoszenia roszczenia albo ta osoba nie zgodzi się na sprawowanie opieki, a w miejscu zamieszkania Uczestnika nie ma żadnej osoby, która mogłaby sprawować taką opiekę, to na wniosek Uczestnika i za jego pisemną zgodą zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki nad Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Uczestnika maksymalnie przez 5 dni. Po tym czasie, jeśli opieka będzie nadal potrzebna, centrum operacyjne dołoży starań, żeby sprawowały ją dalsza rodzina lub opieka społeczna
Osoba niesamodzielna to osoba, która mieszka z Uczestnikiem i z powodu złego stanu zdrowia lub wady wrodzonej nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb, i wymaga stałej opieki		
6.	Opieka nad zwierzętami domowymi (kot lub pies)	Jeśli Uczestnik, zgodnie z informacją uzyskaną od lekarza prowadzącego, będzie przebywał w Szpitalu dłużej niż 3 dni, to: 1) zaopiekujemy się zwierzętami domowymi maksymalnie przez 5 dni. Po tym czasie, jeśli opieka będzie nadal potrzebna, centrum operacyjne dołoży starań, żeby sprawowały ją dalsza rodzina lub schronisko dla zwierząt, 2) przewieziemy do miejsca zamieszkania Uczestnika osobę, którą Uczestnik wyznaczy do opieki nad zwierzętami. Powyższe Świadczenia realizujemy do łącznej kwoty 800 zł na jedno Zdarzenie. Prawo do opieki nad zwierzętami domowymi przysługuje Uczestnikowi, jeśli: 1) w miejscu zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby sprawować taką opiekę oraz 2) zwierzęta domowe są zaszczepione – wymagamy aktualnego zaświadczenia
7.	Opieka pielęgniarki w Szpitalu	Jeśli Uczestnik będzie przebywał w Szpitalu, to zorganizujemy wizytę pielęgniarki i pokryjemy koszt tej wizyty do łącznej kwoty 300 zł na jedno Zdarzenie. Placówka Medyczna musi wyrazić zgodę na opiekę pielęgniarki

8.	Pomoc medyczna za granicą	Jeśli Uczestnik nagle zachoruje lub dozna uszkodzenia ciała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, ale wydarzy się to poza Polską, to: 1) zorganizujemy wizytę Uczestnika w Placówce Medycznej i pokryjemy koszt tej wizyty lub 2) dowieziemy lekarza do miejsca pobytu Uczestnika i pokryjemy koszt transportu oraz honorarium lekarza – do łącznej kwoty 200 euro. Wizytę zorganizujemy tylko wtedy, gdy nie będzie konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Pomoc medyczną za granicą zorganizujemy maksymalnie raz w ciągu jednego Roku Ubezpieczenia
Część II **Usługi assistance w przypadku uszkodzenia ciała Uczestnika wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**		
9.	Dostarczanie leków	Jeśli Uczestnik, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego lub pisemnym zaleceniem od lekarza prowadzącego, musi leżeć, a potrzebuje leków przepisanych przez lekarza, to dostarczymy te leki Uczestnikowi. Możemy to robić wielokrotnie, ale łączny koszt dostarczenia leków nie może być wyższy niż 800 zł na jedno Zdarzenie. Koszt zakupu leków pokrywa Uczestnik
10.	Zorganizowanie sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od lekarza prowadzącego zalecenie używania w domu sprzętu rehabilitacyjnego, to zorganizujemy wypożyczenie albo zakup takiego sprzętu. Pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia do łącznej kwoty 800 zł na jedno Zdarzenie
11.	Dostarczenie sprzętu rehabilitacyjnego	Jeśli Uczestnik otrzyma od lekarza prowadzącego zalecenie używania w domu sprzętu rehabilitacyjnego, to dostarczymy go Uczestnikowi. Pokryjemy koszty dostarczenia do łącznej wysokości 800 zł na jedno Zdarzenie
12.	Zorganizowanie rehabilitacji	Jeśli lekarz prowadzący stwierdzi, że Uczestnik wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, to: 1) zorganizujemy wizytę fizykoterapeuty w domu Uczestnika i pokryjemy jej koszt albo 2) zorganizujemy wizytę Uczestnika w poradni rehabilitacyjnej i pokryjemy koszt transportu i samych wizyt. Usługę zapewniamy do łącznej wysokości 1 500 zł na jedno Zdarzenie
13.	Wizyta pielęgniarki	Jeśli Uczestnik będzie wymagał, zgodnie z pisemnym zaleceniem od lekarza prowadzącego, pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania, to zorganizujemy wizytę pielęgniarki oraz pokryjemy jej honorarium i koszt dojazdu
14.	Opieka domowa	Jeśli Uczestnik przebywał w Szpitalu co najmniej 3 dni, a następnie otrzymał zwolnienie lekarskie, to po wyjściu ze Szpitala zaopiekujemy się Uczestnikiem w czasie zwolnienia lekarskiego – maksymalnie przez 5 dni – w miejscu gdzie przebywa. Osoba do opieki poda posiłek, zrobi zakupy, pomoże w zabiegach pielęgniarskich i czynnościach w zakresie higieny osobistej, zrobi porządek w miejscu zamieszkania
Część III **Usługi assistance w sytuacji, gdy Uczestnik będzie potrzebować pomocy, ponieważ urodzi mu się Dziecko**		
15.	Pomoc położnej lub pielęgniarki	Jeśli Uczestnikowi urodzi się Dziecko i będzie potrzebować pomocy w opiece nad tym Dzieckiem, to: 1) zapewnimy Uczestnikowi pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym Dzieckiem, 2) zorganizujemy i pokryjemy koszt dojazdów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszania Uczestnika i ich honorarium w okresie miesiąca po wyjściu matki ze szpitala – pokryjemy koszt jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad nowonarodzonym Dzieckiem obejmie: 1) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia, 2) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka, 3) porady w razie problemów z laktacją, 4) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu, 5) informację o zakresie szczepień ochronnych
Usługi i limity, które wymieniliśmy powyżej, dotyczą 1 Zdarzenia – oznacza to, że w taki sam sposób pomożemy w przypadku każdego nowonarodzonego Dziecka		
Część IV **Usługi assistance w przypadku, gdy Dziecko Nagle Zachoruje lub przydarzy mu się Nieszczęśliwy Wypadek**		
16.	Opieka nad Dziećmi	Jeśli Dziecko Nagle Zachoruje lub przydarzy mu się Nieszczęśliwy Wypadek, to zaopiekujemy się Dzieckiem maksymalnie przez 2 dni. Zrobimy to wtedy, gdy Uczestnik nie będzie mógł skorzystać ze zwolnienia lekarskiego, a w miejscu zamieszkania Uczestnika nie będzie żadnej osoby, która mogłaby sprawować opiekę nad Dzieckiem. Opiekę zorganizujemy na pisemny wniosek Uczestnika. Taką usługę zorganizujemy maksymalnie 2 razy w każdym Roku Ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Zdarzenia
17.	Organizacja pobytu rodziców Dziecka w Szpitalu	Jeśli Dziecko Uczestnika w wyniku Nagłego Zachorowania lub Nieszczęśliwego Wypadku trafi do Szpitala, to zorganizujemy pobyt Uczestnika lub Małżonka w tym Szpitalu, a jeżeli nie będzie to możliwe – w przyszpitalnym hotelu. Usługę zapewniamy do łącznej wysokości 500 zł na jedno Zdarzenie
Część V **Usługi assistance po śmierci Dziecka, Małżonka lub Rodzica albo w przypadku Choroby Przewlekłej Uczestnika**		
18.	Pomoc psychologa	Zorganizujemy i pokryjemy koszt wizyt Uczestnika u psychologa. Na prośbę Uczestnika poinformujemy go, jakie są możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego

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

Część IX **Usługi assistance w sytuacji, gdy Uczestnik będzie potrzebować informacji dotyczącej macierzyństwa**		
26.	Infolinia Baby Assistance	Jeśli w trakcie Ochrony Uczestnik będzie potrzebować informacji dotyczącej macierzyństwa, to za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance" poinformujemy Uczestnika o: 1) objawach ciąży, 2) badaniach prenatalnych, 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu, 4) szkołach rodzenia, 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, 6) karmieniu noworodka, 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci, 8) pielęgnacji noworodka

7. Świadczenia opiekuńcze w postaci usługi assistance realizujemy za pośrednictwem centrum operacyjnego, które jest dostępne całą dobę pod numerem telefonu +48 22 563 11 35.

8. **Ważne!**
   Limit na Świadczenia, o którym mowa w częściach I-VII Tabeli Usług Assistance, wynosi łącznie 3 000 zł z tytułu zajścia jednego Zdarzenia.

9. Informacje, o których mowa w części VIII i części IX Tabeli, nie mają charakteru diagnostycznego ani leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec Lekarza centrum operacyjnego lub nas.
10. Centrum operacyjne po weryfikacji prawa Uczestnika do usługi assistance niezwłocznie przystąpi do jego realizacji – poinformuje Uczestnika, kiedy je zrealizuje. Niezwłocznie poinformuje też o zmianie terminu lub sposobu realizacji tej usługi.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

11. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
12. Nie zapewniamy Świadczeń ani usług poza Polską, z wyłączeniem Świadczenia wskazanego w pkt 8 Tabeli usług assistance.
13. Nie ponosimy kosztu zakupu leków – nie odpowiadamy też za brak leków w aptece.
14. Nie odpowiadamy za brak sprzętu w sklepie lub w wypożyczalni.
15. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów powstałych:
    1) w związku z leczeniem sanatoryjnym, fizykoterapią, zabiegami ze wskazań estetycznych, helioterapią,
    2) w wyniku leczenia zachowawczego lub zabiegowego, chyba że zalecił je lekarz,
    3) w wyniku epidemii, która została ogłoszona przez odpowiednie organy administracji publicznej, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, Aktów Terroryzmu,
    4) w związku ze spożyciem przez Uczestnika alkoholu, zażyciem przez Uczestnika narkotyków lub substancji, lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Uczestnika alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
    5) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Uczestnika przestępstwa,
    6) w związku z Wyczynowym lub Zawodowym Uprawianiem Sportu przez Uczestnika lub udziałem Uczestnika w Zajęciach Zwiększonego Ryzyka Utraty Życia lub Zdrowia,
    7) w wyniku działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
    8) w związku z zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeniem umysłowym Uczestnika, które mają potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
    9) w związku z dokonaniem przez Uczestnika umyślnego samouszkodzenia ciała lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa;
    10) w wyniku zakażenia Uczestnika HIV,
    11) w związku z Chorobą Przewlekłą, za wyjątkiem usługi opisanej w Części V Tabeli usług assistance – Pomoc psychologa.
16. Odmówimy spełnienia usługi assistance lub nie pokryjemy jej kosztu, jeśli wystąpi Zdarzenie, a Uczestnik:
    1) nie poda pracownikowi centrum operacyjnego następujących informacji:
       a) imienia i nazwiska,
       b) PESEL-u,
       c) adresu zamieszkania i numeru telefonu kontaktowego,
       d) numeru Polisy,
       e) krótkiego opisu Zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
       f) innych informacji potrzebnych do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług,
    2) nie dostarczy nam dokumentów niezbędnych do ustalenia zakresu naszej odpowiedzialności, o które poprosi pracownik centrum operacyjnego – zaświadczeń i skierowań lekarskich, recept, rachunków i dowodów zapłaty.
17. Wyjątkowo, gdy z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej, Uczestnik nie będzie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i sam pokryje koszty świadczeń opiekuńczych, które opisaliśmy w częsciach I-VII Tabeli usług assistance, to zwrócimy Uczestnikowi te koszty, jeśli przedstawi nam wymagane dokumenty – ma na to 20 dni od:
    1) dnia wystawienia skierowania lekarskiego – w przypadku transportu medycznego do Placówki Medycznej lub między Placówkami Medycznymi,
    2) dnia wypisu ze Szpitala – w przypadku transportu medycznego do miejsca zamieszkania,
    3) dnia zlecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego – w przypadku zorganizowania lub dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego.

    Zwrócimy taką kwotę, jak gdybyśmy organizowali świadczenia opiekuńcze we własnym zakresie – zwrot kosztów musi zaakceptować centrum operacyjne.
18. Zastrzegamy sobie prawo do opóźnienia w realizacji Świadczenia, ale tylko wtedy, gdy będzie to spowodowane czynnikami od nas niezależnymi – strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, Aktami Terroryzmu, sabotażem, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, a także ograniczeniami w poruszaniu się wprowadzonymi decyzjami władz administracyjnych.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ „ZAGRANICZNA DRUGA OPINIA MEDYCZNA” NR PGO/BDR/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu „Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej”

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie Uczestnika oraz Zdarzenia w życiu Uczestnika, które dotyczą Małżonka lub Dziecka.
2. Zdarzeniem jest:
   1) postawienie Uczestnikowi, Małżonkowi lub Dziecku diagnozy lub zalecenie leczenia operacyjnego w związku z wymienionymi w Tabeli stanami chorobowymi lub uszkodzeniami ciała,
   2) wystąpienie stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Uczestnika, Małżonka lub Dziecka innego niż wymienione w Tabeli, które wymagają leczenia specjalistycznego w trakcie Ochrony wynikającej z Umowy Dodatkowej.

Tabela

Lp.	Zdarzenie
1.	Nowotwór złośliwy
2.	Niewydolność nerek
3.	Schyłkowa niewydolność wątroby
4.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby
5.	Udar mózgu
6.	Łagodny nowotwór mózgu
7.	Zapalenie mózgu
8.	Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
9.	Porażenie kończyn
10.	Paraliż
11.	Stwardnienie rozsiane
12.	Choroba alzheimera
13.	Choroba parkinsona
14.	Choroby neuronu ruchowego
15.	Przeszczep narządu
16.	Zawał serca
17.	Angioplastyka naczyń wieńcowych
18.	Operacja pomostowania naczyń wieńcowych
19.	Operacja zastawek serca
20.	Operacja aorty
21.	Bakteryjne zapalenia wsierdzia
22.	Niedokrwistość aplastyczna
23.	Rozległe oparzenie
24.	Utrata kończyn
25.	Utrata słuchu
26.	Utrata wzroku
27.	Utrata mowy
28.	Śpiączka
29.	Cukrzyca typu 1 (insulinozależna)
30.	Gruźlica
31.	Zakażenie wirusem HIV
32.	inne, niewymienione powyżej stany chorobowe lub uszkodzenia ciała, o ile zagrażają życiu Uczestnika, Małżonka lub Dziecka i wymagają leczenia specjalistycznego

3. Ochrona w Umowie Dodatkowej rozpoczyna się:
   1) pierwszego dnia następnego miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant obejmujący Umowę Dodatkową, jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 15. dnia miesiąca, albo
   2) pierwszego dnia drugiego miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant, który obejmuje Umowę Dodatkową, jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 16. do ostatniego dnia miesiąca.

   W taki sam sposób Ochrona rozpoczyna się w przypadku Wznowienia.
4. W dniu, w którym:
   1) Umowa Dodatkowa będzie rozwiązana albo
   2) Uczestnik przestanie być ubezpieczony w ramach Umowy Głównej, albo
   3) przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant, który nie obejmuje Umowy Dodatkowej, albo
   4) kończy się Rok Ubezpieczenia, w którym Uczestnik ukończył 70 lat, lub w dzień poprzedzający Rocznicę, gdy w dniu tej Rocznicy kończy 70 lat,

   Ochrona w Umowie Dodatkowej wygaśnie odpowiednio:
   1) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 15. dnia tego miesiąca – ostatniego dnia bieżącego miesiąca – albo
   2) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 16. do ostatniego dnia miesiąca – ostatniego dnia następnego miesiąca.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

5. Jeśli w trakcie Ochrony Uczestnikowi, Małżonkowi lub Dziecku zostanie postawiona diagnoza lub otrzymają zalecenie leczenia operacyjnego w związku z wymienionymi w Tabeli stanami chorobowymi lub uszkodzeniami ciała, to zorganizujemy oraz pokryjemy koszt sporządzenia i przetłumaczenia na język polski Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej.
6. Jeśli w trakcie Ochrony wystąpi stan chorobowy lub uszkodzenie ciała Uczestnika, Małżonka lub Dziecka inne niż wymienione w Tabeli, które będą wymagały leczenia specjalistycznego, to zorganizujemy oraz pokryjemy koszt sporządzenia i przetłumaczenia na język polski Informacji Medycznej Experta.
7. W ramach powyższych usług zapewniamy dodatkowo:
   1) dostęp w trakcie Ochrony do Platformy AskBestDoctors,
   2) tłumaczenie na język Eksperta dokumentacji medycznej, którą przekazuje Uczestnik, Małżonek lub Dziecko.
8. Dla jednego stanu chorobowego lub uszkodzenia ciała Uczestnika, Małżonka lub Dziecka zapewniamy sporządzenie jednej Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej albo jednej Informacji Medycznej Eksperta.
9. Aby uzyskać Zagraniczną Drugą Opinię Medyczną, Uczestnik, Małżonek lub Dziecko, a w przypadku osób małoletnich – ich przedstawiciel ustawowy:
   1) kontaktują się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors i podają następujące dane:
      a) imię, nazwisko i adres Uczestnika,
      b) numer Polisy,
      c) dane osoby, której dotyczy zgłoszenie,
      d) kontaktowy numer telefonu,
   2) wypełniają formularze, które otrzymują po zweryfikowaniu przez Best Doctors prawa do Świadczenia,
   3) dostarczają do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors, na własny koszt, wypełnione formularze oraz dokumentację medyczną, a jeśli zgłoszenie dotyczy Małżonka lub Dziecka – także odpis aktu małżeństwa albo odpowiednio odpis aktu urodzenia Dziecka (w zależności od tego, której osoby dotyczy zgłoszenie).
10. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana:
    1) osobie, której dotyczy,
    2) w uzgodniony z nią sposób,
    3) w ciągu 30 dni od dostarczenia dokumentacji medycznej.

    Jeśli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Zagraniczna Druga Opinia Medyczna zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie będzie możliwe. W przypadku osób małoletnich Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
11. Zagraniczna Druga Opinia Medyczna jest przekazywana w języku polskim.

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

    Jeśli do przygotowania tej opinii niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, to Informacja Medyczna Eksperta zostanie przygotowana w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – jej sporządzenie będzie możliwe.
14. W przypadku osób małoletnich Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana ich przedstawicielowi ustawowemu.
15. Informacja Medyczna Eksperta jest przekazywana w języku polskim.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

16. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
17. Nie ponosimy odpowiedzialności, i w związku z tym nie organizujemy ani nie pokrywamy kosztów sporządzenia Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej ani Informacji Medycznej Eksperta, jeśli przyczyną zgłoszenia jest:
    1) ostry i krótkotrwały stan chorobowy,
    2) choroba przewlekła o lekkim przebiegu,
    3) zaburzenie psychiczne,
    4) problem stomatologiczny.
18. Nie ponosimy również odpowiedzialności w następujących przypadkach:
    1) w czasie pobytu Uczestnika, Małżonka lub Dziecka w szpitalu, jeśli pobyt ten jest związany ze schorzeniem, które ma być przedmiotem Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej lub Informacji Medycznej Eksperta – do czasu zakończenia pobytu tej osoby w szpitalu;
    2) jeśli stan chorobowy Uczestnika, Małżonka lub Dziecka nie został jeszcze zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego leczenie.
19. Nie odpowiadamy także za:
    1) medyczną poprawność Zagranicznej Drugiej Opinii Medycznej czy Informacji Medycznej Eksperta,
    2) skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tych opiniach,
    3) skutki wdrożenia proponowanych przez Ekspertów planów leczenia, w tym ich skuteczność.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WARUNKI OGÓLNE UMOWY DODATKOWEJ UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW" NR PGO/AMB/2024/1 (OWU UD)

Na podstawie tych OWU UD i Warunków Ogólnych Grupowego Ubezpieczenia na Życie Opiekun nr PGO/2024/1 (OWU) zawieramy z Państwem Umowę Dodatkową, która rozszerza zakres Umowy Głównej opisanej w OWU. OWU UD i OWU należy czytać łącznie.

Ochrona z tytułu Pakietu Medycznego „Bądź Zdrów"

Przedmiot ubezpieczenia – co ubezpieczamy

1. Ubezpieczamy zdrowie:
    1) Uczestnika, jeśli Umowa Dodatkowa zostanie zawarta w formie indywidualnej, albo
    2) Uczestnika i jego bliskich (Małżonka albo Partnera lub Dziecka), jeśli Umowa Dodatkowa zostanie zawarta w formie rodzinnej.
2. Zdarzeniem jest skorzystanie przez Uczestnika lub jego bliskich z Usługi Zdrowotnej.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje wizyty Uczestnika lub jego bliskich w Placówce Medycznej w celu skorzystania z Usługi Zdrowotnej, która ma na celu przywrócenie zdrowia Uczestnika lub jego bliskich oraz zapobieganie chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. Ubezpieczeie obejmuje porady specjalistyczne, badania diagnostyczne oraz zabiegi ambulatoryjne – wskazujemy je w Wykazie Usług Medycznych, który jest załącznikiem do tych OWU UD.
4. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w jednej z trzech Wersji (Podstawowej, Rozszerzonej lub Platynowej), które różnią się Zakresem Usług Zdrowotnych – Państwo wybierają Wersję. W formie rodzinnej Uczestnik, Małżonek albo Partner lub Dziecko objęci są tą samą Wersją.

Wersja	Zakres Usług Zdrowotnych
Podstawowa	1) Porady lekarzy specjalistów (13) 2) Zabiegi ambulatoryjne (48) 3) Badania diagnostyczne (115)
Rozszerzona	1) Porady lekarzy specjalistów (33) 2) Zabiegi ambulatoryjne (57) 3) Badania diagnostyczne (289) 4) Profilaktyczne przeglądy stanu zdrowia a) dla kobiet (19) b) dla mężczyzn (16)
Platynowa	1) Porady lekarzy specjalistów (49) 2) Zabiegi ambulatoryjne (91) 3) Badania diagnostyczne (491) 4) Profilaktyczne przeglądy stanu zdrowia a) dla kobiet (31) b) dla mężczyzn (30)

5. Wraz z Polisą przekażemy Państwu listę Placówek Medycznych udostępnianych w ramach poszczególnych Wersji. Zastrzegamy sobie prawo zmiany Placówek Medycznych z ważnych przyczyn. Za ważną przyczynę uznamy zarówno zaprzestanie przez Placówkę Medyczną prowadzenia działalności w zakresie udostępniania Usług Zdrowotnych na rzecz Uczestników i ich bliskich, jak i jej rozpoczęcie przez nową Placówkę Medyczną. Zmiana Placówek Medycznych nie stanowi zmiany Umowy. Informację o aktualnej liście Placówek Medycznych znajdą Państwo się na naszej stronie internetowej.
6. Ochrona w Umowie Dodatkowej rozpoczyna się:
    1) pierwszego dnia następnego miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant obejmujący Umowę Dodatkową – jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 15. dnia miesiąca – albo
    2) pierwszego dnia drugiego miesiąca po dniu, w którym przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant oejmujący Umowę Dodatkową – jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 16. do ostatniego dnia miesiąca.

    W taki sam sposób Ochrona rozpoczyna się w przypadku Wznowienia.
7. W dnium, w którym:
    1) Umowa Dodatkowa będzie rozwiązana albo
    2) Uczestnik przestanie być ubezpieczony w ramach Umowy Głównej, albo
    3) przypiszą Państwo Uczestnikowi Wariant, który nie obejmuje Umowy Dodatkowej, albo
    4) kończy się Rok Ubezpieczenia, w którym Uczestnik ukończył 70 lat, lub w dzień poprzedzający Rocznicę, gdy w dniu tej Rocznicy kończy 70 lat,

    Ochrona w Umowie Dodatkowej wygaśnie odpowiednio:
    1) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 1. do 15. dnia tego miesiąca – ostatniego dnia tego miesiąca – albo

2) jeśli ten dzień zawiera się w przedziale od 16. do ostatniego dnia miesiąca – ostatniego dnia następnego miesiąca.

8. Przyznamy ponownie Uczestnikowi Ochronę, która uprzednio wygasła, nie wcześniej niż po 6 miesiącach od jej wygaśnięcia.

Suma Ubezpieczenia i Świadczenie

9. Dla Zdarzeń w tej Umowie Dodatkowej nie określamy Sumy Ubezpieczenia.
10. Uczestnik lub jego bliscy mogą korzystać z Usług Zdrowotnych tylko w Placówkach Medycznych i tylko w czasie Ochrony.
11. Bliscy Uczestnika mogą skorzystać z Usług Zdrowotnych po złożeniu nam przez Uczestnika stosownego formularza zgłoszenia z zastrzeżeniem terminów rozpoczęcia Ochrony wskazanych powyżej.
12. W celu skorzystania z Usługi Zdrowotnej Uczestnik albo jego bliscy, przed przybyciem do Placówki Medycznej, mają obowiązek:
    1) uzgodnić telefonicznie lub osobiście z wybraną Placówką Medyczną termin wykonania Usługi Zdrowotnej oraz
    2) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od Placówki Medycznej, oraz
    3) przestrzegać terminów wykonania Usługi Zdrowotnej.
13. Uczestnik lub jego bliscy mogą skorzystać z badań diagnostycznych oraz zabiegów ambulatoryjnych pod warunkiem, że zostaną one zlecone przez lekarza z Placówki Medycznej.
14. Uczestnik oraz jego bliscy otrzymują identyfikator, który, wraz z ważnym dokumentem tożsamości, mają obowiązek okazywać przy korzystaniu z Usług Zdrowotnych.
15. W przypadku gdy Uczestnik lub jego bliscy nie wypełniają obowiązków określonych w ustępach powyższych, mamy prawo odmówić spełnienia Świadczenia.

Jakie są ograniczenia naszej Ochrony

16. Podstawowe ograniczenia Ochrony znajdą Państwo w Części III OWU – Ograniczenia Ochrony, ale w OWU UD obowiązują również dodatkowe ograniczenia Ochrony, które wymieniamy poniżej.
17. Nie zapewniamy możliwości skorzystania z Usługi Zdrowotnej, jeśli Zdarzenie miało miejsce w związku z następującymi okolicznościami, które dotyczą Uczestnika, Małżonka albo Partnera lub Dziecka:
    1) zażyciem niezaordynowanych przez lekarza leków lub ich zażyciem niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, również w związku z uczestnictwem Uczestnika, Małżonka albo Partnera w eksperymentach medycznych, stosowaniem metod leczenia nieuznawanych naukowo, metod medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej,
    2) AIDS lub schorzeniami związanymi z tą chorobą,
    3) chorobą Alzheimera,
    4) zabiegiem aborcji,
    5) ciążą wysokiego ryzyka lub ciążą – jeśli wcześniej wystąpiły: ciąża wysokiego ryzyka, poród o przebiegu patologicznym lub komplikacje połogu,
    6) diagnozowaniem i leczeniem niepłodności,
    7) zabiegiem zmiany płci,
    8) leczeniem protetycznym, ortodontycznym lub z zakresu chirurgii szczękowej,
    9) leczeniem, zabiegami i operacjami z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetyki,
    10) leczeniem kuracyjnym, sanatoryjnym i uzdrowiskowym lub rehabilitacją, o ile dotyczy chorób przewlekłych, wad wrodzonych, zaburzeń neurorozwojowych oraz rehabilitacji po zabiegach operacyjnych,
    11) leczeniem odwykowym, zabiegami i kuracjami odwykowymi,
    12) pełnieniem służby wojskowej.

OWU umowy dodatkowej zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 57/2024 i wchodzą w życie w dniu 16.03.2024 r.

WYKAZ USŁUG MEDYCZNYCH

Załącznik do Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów" nr PGO/AMB/2024/1.

Usługi medyczne są realizowane w przychodniach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz we wskazanych przychodniach placówek współpracujących.
Aktualna lista dostępnych placówek medycznych znajduje się na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
Informację taką można również uzyskać pod numerem infolinii: **224 224 224**.
Na wizytę u lekarza, badania, zabiegi i inne usługi medyczne można umawiać się, dzwoniąc pod numer telefonu **22 33 22 888**.

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
I. PORADY LEKARZY SPECJALISTÓW[1]		
A. DLA DOROSŁYCH		
1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda	1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog	1. Internista/specjalista medycyny rodzinnej 2. Dermatolog 3. Ginekolog 4. Kardiolog 5. Laryngolog 6. Okulista 7. Ortopeda 8. Alergolog 9. Chirurg ogólny 10. Diabetolog 11. Endokrynolog 12. Gastroenterolog 13. Hematolog 14. Nefrolog 15. Neurolog 16. Onkolog 17. Proktolog 18. Pulmonolog 19. Reumatolog 20. Urolog 21. Ginekolog endokrynolog 22. Anestezjolog[2] 23. Chirurg naczyniowy[2] 24. Chirurg onkolog[2] 25. Hepatolog[2] 26. Immunolog[2] 27. Neurochirurg[2] 28. Specjalista chorób zakaźnych[2] 29. Specjalista rehabilitacji medycznej[2]

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
B. DLA DZIECI		
8. Pediatra/specjalista medycyny rodzinnej 9. Dermatolog dla dzieci[3] 10. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 11. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.)[3] 12. Okulista dla dzieci 13. Ortopeda dla dzieci	21. Pediatra/specjalista medycyny rodzinnej 22. Dermatolog dla dzieci[3] 23. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 24. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.)[3] 25. Okulista dla dzieci 26. Ortopeda dla dzieci 27. Chirurg dla dzieci 28. Gastroenterolog dla dzieci[3] 29. Kardiolog dla dzieci[3] 30. Laryngolog dla dzieci 31. Nefrolog dla dzieci[3] 32. Neurolog dla dzieci 33. Urolog dla dzieci[3]	30. Pediatra/specjalista medycyny rodzinnej 31. Dermatolog dla dzieci[3] 32. Ginekolog dla dzieci (od 16 r.ż.) 33. Ginekolog dla dzieci (do 16 r.ż.)[3] 34. Okulista dla dzieci 35. Ortopeda dla dzieci 36. Chirurg dla dzieci 37. Gastroenterolog dla dzieci[3] 38. Kardiolog dla dzieci[3] 39. Laryngolog dla dzieci 40. Nefrolog dla dzieci[3] 41. Neurolog dla dzieci 42. Urolog dla dzieci[3] 43. Alergolog dla dzieci[3] 44. Endokrynolog dla dzieci[3] 45. Hematolog dla dzieci[3] 46. Onkolog dla dzieci[3] 47. Pulmonolog dla dzieci[3] 48. Reumatolog dla dzieci[3] 49. Specjalista rehabilitacji medycznej dla dzieci[3]
II. PORADY W TRYBIE DYŻUROWYM[4]		
1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)	1. Internista/pediatra/lekarz medycyny rodzinnej 2. Chirurg ogólny (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.) 3. Ortopeda (dla pacjentów powyżej 18 r.ż.)
III. ZABIEGI AMBULATORYJNE[5]		
A. ZABIEGI AMBULATORYJNE PIELĘGNIARSKIE		
1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)	1. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych 2. Iniekcja dożylna 3. Iniekcja podskórna/domięśniowa 4. Kroplówka w sytuacji doraźnej 5. Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej 6. Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały	7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały	7. Mierzenie RR/ciśnienia krwi (bez skierowania lekarza) 8. Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) 9. Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi 10. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały
B. ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE		
11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne	11. Mierzenie RR/ciśnienia 12. Pomiar wzrostu i wagi ciała 13. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
C. ZABIEGI AMBULATORYJNE CHIRURGICZNE		
	14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)	14. Szycie rany do 1,5 cm 15. Usunięcie kleszcza – chirurgiczne 16. Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne 17. Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia 18. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 19. Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) 20. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego) 21. Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy) 22. Usunięcie czyraka/drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm) 23. Wycięcie chirurgiczne metodą klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym[6] badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej 24. Zmiana/założenie – opatrunek duży

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
D. ZABIEGI AMBULATORYJNE LARYNGOLOGICZNE		
14. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 15. Kateteryzacja trąbki słuchowej 16. Płukanie ucha 17. Usunięcie ciała obcego z nosa 18. Usunięcie ciała obcego z ucha 19. Proste opatrunki laryngologiczne 20. Koagulacja naczyń przegrody nosa 21. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 22. Usunięcie tamponady nosa 23. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 24. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 25. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 26. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 27. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 28. Założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym	21. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 22. Kateteryzacja trąbki słuchowej 23. Płukanie ucha 24. Usunięcie ciała obcego z nosa 25. Usunięcie ciała obcego z ucha 26. Proste opatrunki laryngologiczne 27. Koagulacja naczyń przegrody nosa 28. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 29. Usunięcie tamponady nosa 30. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 31. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 32. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 33. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 34. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 35. Założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 36. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych)	25. Badanie trąbek słuchowych – przedmuchiwanie 26. Kateteryzacja trąbki słuchowej 27. Płukanie ucha 28. Usunięcie ciała obcego z nosa 29. Usunięcie ciała obcego z ucha 30. Proste opatrunki laryngologiczne 31. Koagulacja naczyń przegrody nosa 32. Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa 33. Usunięcie tamponady nosa 34. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona 35. Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony 36. Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED lub placówkach współpracujących 37. Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza wskazanymi przychodniami własnymi Grupy LUX MED lub placówkami współpracującymi – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza 38. Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej 39. Założenie/zmiana/usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym 40. Usunięcie ciała obcego z gardła (wyłącznie w przypadkach możliwych do wykonania w warunkach ambulatoryjnych) 41. Punkcja zatok 42. Wlewka krtaniowa 43. Płukanie zatok metodą Pretza 44. Nastawienie nosa zamknięte 45. Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej 46. Nacięcie krwiaków przegrody nosa 47. Nacięcie krwiaków małżowiny usznej
E. ZABIEGI AMBULATORYJNE OKULISTYCZNE		
29. Usunięcie ciała obcego z oka 30. Standardowe[6] badanie dna oka 31. Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 32. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 33. Badanie ostrości widzenia 34. Standardowe[6] badanie autorefraktometrem 35. Podanie leku do worka spojówkowego 36. Standardowy[6] pomiar ciśnienia śródgałkowego 37. Standardowe[6] badanie widzenia przestrzennego 38. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)	37. Usunięcie ciała obcego z oka 38. Standardowe[6] badanie dna oka 39. Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 40. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 41. Badanie ostrości widzenia 42. Standardowe[6] badanie autorefraktometrem 43. Podanie leku do worka spojówkowego 44. Standardowy[6] pomiar ciśnienia śródgałkowego 45. Standardowe[6] badanie widzenia przestrzennego 46. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)	48. Usunięcie ciała obcego z oka 49. Standardowe[6] badanie dna oka 50. Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) 51. Gonioskopia (ocena kąta przesączania) 52. Badanie ostrości widzenia 53. Standardowe[6] badanie autorefraktometrem 54. Podanie leku do worka spojówkowego 55. Standardowy[6] pomiar ciśnienia śródgałkowego 56. Standardowe[6] badanie widzenia przestrzennego 57. Płukanie kanalików łzowych (dotyczy osób powyżej 18 r.ż.)
F. ZABIEGI AMBULATORYJNE ORTOPEDYCZNE		
39. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 40. Przygotowanie gips tradycyjny – opaska 41. Założenie gipsu 42. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 43. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 44. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 45. Nastawienie zwichnięcia lub złamania	47. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 48. Przygotowanie gips tradycyjny – opaska 49. Założenie gipsu 50. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 51. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 52. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 53. Nastawienie zwichnięcia lub złamania	58. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy 59. Przygotowanie gips tradycyjny – opaska 60. Założenie gipsu 61. Zdjęcie gipsu – kończyna dolna 62. Zdjęcie gipsu – kończyna górna 63. Założenie/zmiana/usunięcie – opatrunek mały 64. Nastawienie zwichnięcia lub złamania 65. Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań 66. Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej 67. Blokada dostawowa i okołostawowa 68. Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy 69. Unieruchomienie typu Dessault mały/duży 70. Założenie gipsu tradycyjnego typu gorset
G. ZABIEGI AMBULATORYJNE DERMATOLOGICZNE		
46. Standardowa[6] dermatoskopia	54. Standardowa[6] dermatoskopia	71. Standardowa[6] dermatoskopia 72. Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry 73. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, 1 do 6 zmian 74. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, 1 do 6 zmian 75. Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii, od 7 zmian 76. Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii, od 7 zmian

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
H. ZABIEGI AMBULATORYJNE GINEKOLOGICZNE		
47. Pobranie standardowej[6] cytologii z szyjki macicy	55. Pobranie standardowej[6] cytologii z szyjki macicy	77. Pobranie standardowej[6] cytologii z szyjki macicy 78. Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 79. Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej 80. Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji
I. ZABIEGI AMBULATORYJNE ALERGOLOGICZNE		
	56. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa	81. Odczulanie (lek pacjenta) wraz z konsultacją alergologa
J. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM[6] BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSJI CIENKOIGŁOWEJ		
		82. Biopsja cienkoigłowa skóry/tkanki podskórnej 83. Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych 84. Biopsja cienkoigłowa tarczycy 85. Biopsja cienkoigłowa sutka
K. BIOPSJE WRAZ ZE STANDARDOWYM[6] BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM – MATERIAŁ Z BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ		
		86. Biopsja gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG
L. ZNIECZULENIA		
48. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	57. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne	87. Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne 88. Znieczulenie miejscowe (powierzchowne) do endoskopii
Ł. INNE ZABIEGI		
		89. Założenie cewnika Foleya 90. Usunięcie cewnika Foleya 91. Wykonanie enemy
IV. BADANIA DIAGNOSTYCZNE[7]		
A. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
a) Badania moczu		
1. Mocz – badanie ogólne	1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu	1. Mocz – badanie ogólne 2. Białko w moczu 3. Białko całkowite/DZM (dobowa zbiórka moczu) 4. Glukoza/DZM (dobowa zbiórka moczu) 5. Fosfor w moczu 6. Fosfor w moczu/DZM 7. Kreatynina w moczu 8. Kreatynina w moczu/DZM 9. Kwas moczowy w moczu 10. Kwas moczowy w moczu/DZM 11. Magnez/Mg w moczu 12. Magnez/Mg w moczu DZM 13. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN w moczu 14. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN/w moczu DZM 15. Sód/Na w moczu 16. Sód/Na w moczu/DZM 17. Wapń w moczu 18. Wapń w moczu/DZM 19. Potas/K w moczu 20. Potas/K w moczu/DZM 21. Ołów/Pb w moczu 22. Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu 23. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) 24. Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM 25. Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM 26. Metoksykatecholaminy w DZM 27. Kortyzol w DZM 28. Amylaza w moczu
b) Badania krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
1) Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
2. OB/ESR 3. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 4. Rozmaz ręczny krwi 5. INR/Czas protrombinowy 6. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)	22. OB/ESR 23. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 24. Rozmaz ręczny krwi 25. INR/Czas protrombinowy 26. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 27. Czas trombinowy – TT 28. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 29. Fibrynogen	29. OB/ESR 30. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 31. Rozmaz ręczny krwi 32. INR/Czas protrombinowy 33. APTT (czas kaolinowo-kefalinowy) 34. Czas trombinowy – TT 35. Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi 36. Fibrynogen 37. Płytki krwi manualnie 38. D – Dimery

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
2) Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
7. Glukoza na czczo 8. Glukoza 60’ po jedzeniu 9. Glukoza 120’ po jedzeniu 10. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 11. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 12. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 13. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 14. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 15. Cholesterol całkowity 16. Kreatynina 17. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 18. Transaminaza GOT/AST 19. Transaminaza GPT/ALT 20. Bilirubina całkowita 21. Potas/K 22. Sód/Na 23. Chlorki/Cl 24. Żelazo/Fe 25. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 26. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 27. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 28. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 29. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 30. TSH/hTSH 31. PSA całkowite	30. Glukoza na czczo 31. Glukoza 60’ po jedzeniu 32. Glukoza 120’ po jedzeniu 33. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 34. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 35. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 36. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 37. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 38. Cholesterol całkowity 39. Kreatynina 40. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 41. Transaminaza GOT/AST 42. Transaminaza GPT/ALT 43. Bilirubina całkowita 44. Potas/K 45. Sód/Na 46. Chlorki/Cl 47. Żelazo/Fe 48. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 49. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 50. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 51. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 52. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 53. TSH/hTSH 54. PSA całkowite 55. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe 56. Ferrytyna 57. Ceruloplazmina 58. Transferyna 59. Kwas foliowy 60. Witamina B12 61. HDL cholesterol 62. LDL cholesterol 63. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio 64. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) 65. Trójglicerydy 66. Bilirubina bezpośrednia 67. Białko całkowite 68. Białko PAPP–a 69. Proteinogram 70. Albuminy 71. Kwas moczowy 72. CPR (białko C reaktywne) ilościowo 73. Amylaza 74. CK (kinaza kreatynowa) 75. Fosfataza zasadowa 76. Fosfataza kwaśna 77. GGTP 78. Lipaza 79. LDH – dehydrogenaza mleczanowa 80. Magnez/Mg 81. Wapń/Ca 82. Fosfor/P 83. Miedź 84. Tyreoglobulina 85. Apolipoproteina A1 86. T3 wolne 87. T4 wolne 88. PSA – wolna frakcja 89. Total Beta – hCG 90. AFP – alfa-fetoproteina 91. CEA – antygen carcinoembrionalny 92. Immunoglobulin IgA 93. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite) 94. Immunoglobulin IgG 95. Immunoglobulin IgM	39. Glukoza na czczo 40. Glukoza 60’ po jedzeniu 41. Glukoza 120’ po jedzeniu 42. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 1 godzinie 43. Glukoza test obciążenia 50 g glukozy po 2 godzinach 44. Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h) 45. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach 46. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach 47. Cholesterol całkowity 48. Kreatynina 49. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 50. Transaminaza GOT/AST 51. Transaminaza GPT/ALT 52. Bilirubina całkowita 53. Potas/K 54. Sód/Na 55. Chlorki/Cl 56. Żelazo/Fe 57. Żelazo/Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 58. Żelazo/Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 59. Żelazo/Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 60. Żelazo/Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 61. Żelazo/Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) 62. TSH/hTSH 63. PSA całkowite 64. Całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC – zastępuje saturację Fe 65. Ferrytyna 66. Ceruloplazmina 67. Transferyna 68. Kwas foliowy 69. Witamina B12 70. HDL cholesterol 71. LDL cholesterol 72. LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio 73. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) 74. Trójglicerydy 75. Bilirubina bezpośrednia 76. Białko całkowite 77. Białko PAPP–a 78. Proteinogram 79. Albuminy 80. Kwas moczowy 81. CPR (białko C reaktywne) ilościowo 82. Amylaza 83. CK – kinaza fosfokreatynowa 84. Fosfataza zasadowa 85. Fosfataza kwaśna 86. GGTP 87. Lipaza 88. LDH – dehydrogenaza mleczanowa 89. Magnez/Mg 90. Wapń/Ca 91. Fosfor/P 92. Miedź 93. Tyreoglobulina 94. Apolipoproteina A1 95. T3 wolne 96. T4 wolne 97. PSA – wolna frakcja 98. Total Beta – hCG 99. AFP – alfa-fetoproteina 100. CEA – antygen carcinoembrionalny 101. Immunoglobulin IgA 102. Immunoglobulin IgE (IgE całkowite) 103. Immunoglobulin IgG 104. Immunoglobulin IgM 105. FSH 106. LH

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		107. Progesteron 108. Testosteron 109. Testosteron wolny 110. Prolaktyna 111. Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl. 112. Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl. 113. Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl. 114. Kortyzol po południu 115. Kortyzol rano 116. Estradiol 117. Hormon adrenokortykotropowy (ACTH) 118. AFP – alfa-fetoproteina 119. CA 125 120. CA 15.3 – antygen raka sutka 121. CA 19.9 – antygen raka przewodu pokarmowego 122. HbA1c – hemoglobina glikowana
3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
32. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 33. HBs Ag/antygen	96. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 97. HBs Ag/antygen 98. HBs Ab/przeciwciała 99. ASO ilościowo 100. ASO jakościowo 101. RF – Czynnik reumatoidalny – ilościowo 102. Odczyn Waaler-Rose 103. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 104. P/ciała odpornościowe przeglądowe/ alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /–/) 105. Test BTA 106. CMV IgG 107. CMV IgM 108. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 109. EBV /Mononukleoza – lateks 110. EBV /Mononukleoza IgG 111. EBV /Mononukleoza IgM 112. Toksoplazmoza IgG 113. Toksoplazmoza IgM	123. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR 124. HBs Ag/antygen 125. HBs Ab/przeciwciała 126. ASO ilościowo 127. ASO jakościowo 128. RF – Czynnik reumatoidalny – ilościowo 129. Odczyn Waaler-Rose 130. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 131. P/ciała odpornościowe przeglądowe/ alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /–/) 132. Test BTA 133. CMV IgG 134. CMV IgM 135. HIV I /HIV II (w razie potrzeby test potwierdzenia) 136. EBV /Mononukleoza – lateks 137. EBV /Mononukleoza IgG 138. EBV /Mononukleoza IgM 139. Toksoplazmoza IgG 140. Toksoplazmoza IgM 141. Przeciwciała a-mikrosomalne/Anty TPO 142. Przeciwciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG 143. HCV Ab/przeciwciała 144. Helicobacter Pylori IgG ilościowo 145. Różyczka IgG 146. Różyczka IgM 147. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgA 148. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgG 149. Przeciwciała p/Chlamydia trachomatis IgM 150. HBc Ab IgM 151. HBc Ab total 152. Borelioza IgG 153. Borelioza IgM 154. Latex RF (RF jakościowo) 155. Przeciwciała p/jądrowe i p/cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy metodą IIF
4) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania		
34. Cholesterol badanie paskowe 35. Glukoza badanie glukometrem 36. Troponina – badanie paskowe	114. Cholesterol badanie paskowe 115. Glukoza badanie glukometrem 116. Troponina – badanie paskowe 117. CRP – test paskowy	156. Cholesterol badanie paskowe 157. Glukoza badanie glukometrem 158. Troponina – badanie paskowe 159. CRP – test paskowy
c) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej) i inne		
37. Posiew moczu 38. Kał posiew ogólny 39. Antybiogram do posiewu (mocz, kał)	118. Posiew moczu 119. Kał posiew ogólny 120. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 121. Kał posiew w kierunku SS 122. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 123. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i plwociny 124. Wymaz z gardła posiew tlenowy 125. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 126. Wymaz z migdałka 127. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 128. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 129. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 130. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 131. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 132. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 133. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 134. Czystość pochwy (biocenoza pochwy)	160. Posiew moczu 161. Posiew kału 162. Antybiogram do posiewu (mocz, kał) 163. Kał posiew w kierunku SS 164. Antybiogram do posiewu (materiał różny) 165. Antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i plwociny 166. Wymaz z gardła posiew tlenowy 167. Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy 168. Wymaz z migdałka 169. Wymaz z migdałka – posiew tlenowy 170. Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy 171. Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy 172. Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy 173. Wymaz z pochwy – posiew tlenowy 174. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 175. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 176. Czystość pochwy (biocenoza pochwy) 177. Wymaz z kanału szyjki macicy 178. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
	135. Wymaz z kanału szyjki macicy 136. Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy 137. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 138. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS)	179. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 180. Wymaz z odbytu – posiew w kierunku paciorkowca hem. z grupy B (GBS) 181. Wymaz z ucha – posiew beztlenowy 182. Wymaz z ucha – posiew tlenowy 183. Wymaz z nosa 184. Wymaz z nosa – posiew tlenowy 185. Wymaz z oka – posiew tlenowy 186. Wymaz z rany 187. Wymaz z rany – posiew beztlenowy 188. Wymaz z cewki moczowej 189. Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy 190. Posiew plwociny 191. Posiew nasienia tlenowy 192. Kał posiew w kierunku E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 193. Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica
d) Badania kału		
40. Kał badanie ogólne	139. Kał badanie ogólne 140. Krew utajona w kale/F.O.B. 141. Kał na pasożyty 1 próba	194. Kał badanie ogólne 195. Krew utajona w kale/F.O.B. 196. Kał na pasożyty 1 próba 197. Kał na rota i adenowirusy 198. Kał – lamblie (metoda antygenowa)
e) Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania		
41. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy	142. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy 143. Standardowe[6] cytologiczne badanie błony śluzowej nosa	199. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy 200. Standardowe[6] cytologiczne badanie błony śluzowej nosa
f) Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej)		
	144. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 145. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 146. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 147. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 148. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 149. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 150. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 151. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych	201. Kał posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 202. Posiew moczu w kierunku grzybów drożdżopodobnych 203. Wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 204. Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 205. Wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 206. Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 207. Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 208. Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 209. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokieć nogi 210. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, paznokieć ręki 211. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, włosy 212. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, wymaz ze skóry 213. Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów, zeskrobiny skórne 214. Posiew plwociny w kierunku grzybów drożdżopodobnych 215. Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdżopodobnych 216. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych, wydzielina 217. Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych – wymaz 218. Wymaz z cewki moczowej – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 219. Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 220. Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 221. Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 222. Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych 223. Mykogram
g) Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania)		
		224. Digoksyna 225. Ołów

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
B. DIAGNOSTYKA OBRAZOWA		
a) Badania ultrasonograficzne		
42. USG jamy brzusznej	152. USG jamy brzusznej 153. USG układu moczowego 154. USG ślinianek 155. USG tarczycy 156. USG piersi 157. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 158. USG ginekologiczne transwaginalne 159. USG ciąży 160. USG przezciemiączkowe 161. USG stawu kolanowego 162. USG stawu łokciowego 163. USG prostaty przez powłoki brzuszne	226. USG jamy brzusznej 227. USG układu moczowego 228. USG ślinianek 229. USG tarczycy 230. USG piersi 231. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 232. USG ginekologiczne transwaginalne 233. USG ciąży 234. USG przezciemiączkowe 235. USG stawu kolanowego 236. USG stawu łokciowego 237. USG prostaty przez powłoki brzuszne 238. USG transrektalne prostaty 239. USG narządów moszny (jąder) 240. USG stawów biodrowych 241. USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 r.ż.) 242. USG stawu barkowego 243. USG stawu skokowego 244. Echokardiografia – USG serca 245. USG + Doppler tętnic kończyn górnych 246. USG + Doppler tętnic kończyn dolnych 247. USG + Doppler tętnic szyjnych i kręgowych 248. USG + Doppler tętnic wewnątrzczaszkowych 249. USG + Doppler tętnic nerkowych 250. USG + Doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych 251. USG + Doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego) 252. USG + Doppler żył kończyn górnych 253. USG + Doppler żył kończyn dolnych 254. USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki itd.) 255. USG krwiaka pourazowego mięśni 256. USG węzłów chłonnych 257. USG nadgarstka 258. USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów 259. USG stawów śródręcza i palców 260. USG ścięgna Achillesa 261. USG układu moczowego + TRUS
b) Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni)		
43. RTG zatok przynosowych 44. RTG czaszki PA + bok 45. RTG czaszki oczodoły 46. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) 47. RTG klatki piersiowej 48. RTG klatki piersiowej + bok 49. RTG klatki piersiowej bok z barytem 50. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem 51. RTG jamy brzusznej na stojąco 52. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy 53. RTG kości krzyżowej i guzicznej 54. RTG podudzia (goleni) AP + bok 55. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu 56. RTG uda + podudzia 57. RTG kości udowej AP + bok lewej 58. RTG kości udowej AP + bok prawej 59. RTG barku/ramienia – osiowe 60. RTG barku/ramienia – osiowe obu 61. RTG barku/ramienia AP + bok 62. RTG barku/ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze 63. RTG barku/ramienia AP 64. RTG barku/ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze 65. RTG przedramienia AP + bok 66. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok 67. RTG łokcia/przedramienia AP + bok 68. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok 69. RTG ręki bok 70. RTG ręki PA 71. RTG ręki PA obu 72. RTG palec/palce PA + bok/skos 73. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk 74. RTG kości łódeczkowatej 75. RTG stopy AP + bok/skos 76. RTG stopy AP + bok/skos obu 77. RTG stóp AP (porównawczo) 78. RTG kości śródstopia 79. RTG pięty + osiowe 80. RTG pięty boczne	164. RTG zatok przynosowych 165. RTG czaszki PA + bok 166. RTG czaszki oczodoły 167. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) 168. RTG klatki piersiowej 169. RTG klatki piersiowej + bok 170. RTG klatki piersiowej bok z barytem 171. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem 172. RTG jamy brzusznej na leżąco 173. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy 174. RTG kości krzyżowej i guzicznej 175. RTG podudzia (goleni) AP + bok 176. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu 177. RTG uda + podudzia 178. RTG kości udowej AP + bok lewej 179. RTG kości udowej AP + bok prawej 180. RTG barku/ramienia – osiowe 181. RTG barku/ramienia – osiowe obu 182. RTG barku/ramienia AP + bok 183. RTG barku/ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze 184. RTG barku/ramienia AP 185. RTG barku/ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze 186. RTG przedramienia AP + bok 187. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok 188. RTG łokcia/przedramienia AP + bok 189. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok 190. RTG ręki bok 191. RTG ręki PA 192. RTG ręki PA obu 193. RTG palec/palce PA + bok/skos 194. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk 195. RTG kości łódeczkowatej 196. RTG stopy AP + bok/skos 197. RTG stopy AP + bok/skos obu 198. RTG stóp AP (porównawczo) 199. RTG kości śródstopia 200. RTG pięty + osiowe	262. RTG zatok przynosowych 263. RTG czaszki PA + bok 264. RTG czaszki oczodoły 265. RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) 266. RTG klatki piersiowej 267. RTG klatki piersiowej + bok 268. RTG klatki piersiowej bok z barytem 269. RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem 270. RTG jamy brzusznej na leżąco 271. RTG przełyku, żołądka i dwunastnicy 272. RTG kości krzyżowej i guzicznej 273. RTG podudzia (goleni) AP + bok 274. RTG podudzia (goleni) AP + bok obu 275. RTG uda + podudzia 276. RTG kości udowej AP + bok lewej 277. RTG kości udowej AP + bok prawej 278. RTG barku/ramienia – osiowe 279. RTG barku/ramienia – osiowe obu 280. RTG barku/ramienia AP + bok 281. RTG barku/ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze 282. RTG barku/ramienia AP 283. RTG barku/ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze 284. RTG przedramienia AP + bok 285. RTG przedramienia obu przedramion AP + bok 286. RTG łokcia/przedramienia AP + bok 287. RTG łokcia/przedramienia obu AP + bok 288. RTG ręki bok 289. RTG ręki PA 290. RTG ręki PA obu 291. RTG palec/palce PA + bok/skos 292. RTG palec/palce PA + bok/skos obu rąk 293. RTG kości łódeczkowatej 294. RTG stopy AP + bok/skos 295. RTG stopy AP + bok/skos obu 296. RTG stóp AP (porównawczo) 297. RTG kości śródstopia 298. RTG pięty + osiowe

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
81. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos	201. RTG pięty boczne	299. RTG pięty boczne
82. RTG miednicy i stawów biodrowych	202. RTG kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego skosy	300. RTG kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego skosy
83. RTG mostka AP	203. RTG miednicy i stawów biodrowych AP	301. RTG miednicy i stawów biodrowych AP
84. RTG mostka/boczne klatki piersiowej	204. RTG mostka AP	302. RTG mostka AP
85. RTG żeber	205. RTG mostka/boczne klatki piersiowej	303. RTG mostka/boczne klatki piersiowej
86. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach	206. RTG żeber	304. RTG żeber
87. RTG nadgarstka boczne	207. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach	305. RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
88. RTG nadgarstka boczne – obu	208. RTG nadgarstka boczne	306. RTG nadgarstka boczne
89. RTG nadgarstka PA + bok	209. RTG nadgarstka boczne – obu	307. RTG nadgarstka boczne – obu
90. RTG nadgarstka PA + bok obu	210. RTG nadgarstka PA + bok	308. RTG nadgarstka PA + bok
91. RTG ręki PA + skos	211. RTG nadgarstka PA + bok obu	309. RTG nadgarstka PA + bok obu
92. RTG ręki PA + skos obu	212. RTG ręki PA + skos	310. RTG ręki PA + skos
93. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego	213. RTG ręki PA + skos obu	311. RTG ręki PA + skos obu
94. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego	214. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego	312. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos lewego
95. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos	215. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego	313. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos prawego
96. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu	216. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos	314. RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos
97. RTG rzepki osiowe obu	217. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu	315. RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu
98. RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach	218. RTG rzepki osiowe obu	316. RTG rzepki osiowe obu
99. RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach	219. RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach	317. RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
100. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA	220. RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach	318. RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
101. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy	221. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA	319. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
102. RTG stawu biodrowego AP	222. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy	320. RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
103. RTG stawu biodrowego AP obu	223. RTG stawu biodrowego AP	321. RTG stawu biodrowego AP
104. RTG stawu biodrowego osiowe	224. RTG stawu biodrowego AP obu	322. RTG stawu biodrowego AP obu
105. RTG stawu kolanowego AP + bok	225. RTG stawu biodrowego osiowe	323. RTG stawu biodrowego osiowe
106. RTG stawu kolanowego AP + bok obu	226. RTG stawu kolanowego AP + bok	324. RTG stawu kolanowego AP + bok
107. RTG stawu kolanowego boczne	227. RTG stawu kolanowego AP + bok obu	325. RTG stawu kolanowego AP + bok obu
108. RTG stawu łokciowego	228. RTG stawu kolanowego boczne	326. RTG stawu kolanowego boczne
109. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok	229. RTG stawu łokciowego	327. RTG stawu łokciowego
110. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu	230. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok	328. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
111. RTG barku (przez klatkę)	231. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu	329. RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
112. RTG barku AP + osiowe	232. RTG barku (przez klatkę)	330. RTG barku (przez klatkę)
	233. RTG barku AP + osiowe	331. RTG barku AP + osiowe
	234. RTG czaszki PA + bok + podstawa	332. RTG czaszki PA + bok + podstawa
	235. RTG czaszki podstawa	333. RTG czaszki podstawa
	236. RTG czaszki półosiowe wg Orleya	334. RTG czaszki półosiowe wg Orleya
	237. RTG czaszki siodło tureckie	335. RTG czaszki siodło tureckie
	238. RTG czaszki styczne	336. RTG czaszki styczne
	239. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych	337. RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
	240. RTG twarzoczaszki	338. RTG twarzoczaszki
	241. RTG jamy brzusznej inne	339. RTG jamy brzusznej inne
	242. RTG jamy brzusznej na stojąco	340. RTG jamy brzusznej na stojąco
	243. RTG klatki piersiowej inne	341. RTG klatki piersiowej inne
	244. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy	342. RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
	245. RTG nosa boczne	343. RTG nosa boczne
	246. RTG kości skroniowych transorbitalne	344. RTG kości skroniowych transorbitalne
	247. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa	345. RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa
	248. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne	346. RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
	249. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos	347. RTG palca/palców stopy AP + bok/skos
	250. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok	348. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
	251. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos	349. RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
	252. RTG kręgosłupa lędźwiowego bok	350. RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
	253. RTG kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego AP + bok	351. RTG kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego AP + bok
	254. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego	352. RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
	255. RTG kręgosłupa piersiowego	353. RTG kręgosłupa piersiowego
	256. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok	354. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
	257. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos	355. RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
	258. RTG kręgosłupa piersiowego bok	356. RTG kręgosłupa piersiowego bok
	259. RTG kręgosłupa piersiowego skosy	357. RTG kręgosłupa piersiowego skosy
	260. RTG kręgosłupa szyjnego	358. RTG kręgosłupa szyjnego
	261. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok	359. RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
	262. RTG kręgosłupa szyjnego bok	360. RTG kręgosłupa szyjnego bok
	263. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)	361. RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
	264. RTG kręgosłupa szyjnego skosy	362. RTG kręgosłupa szyjnego skosy
	265. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego	363. RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
	266. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	364. RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego
	267. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej	365. RTG kręgosłupa w pozycji stojącej
	268. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)	366. RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
	269. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)	367. RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
	270. RTG łopatki	368. RTG łopatki
	271. RTG żuchwy	369. RTG żuchwy
	272. RTG nosogardła	370. RTG nosogardła
	273. RTG obojczyka	371. RTG obojczyka
	274. Mammografia	372. Mammografia
	275. Mammografia – zdjęcie celowane	

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		373. Mammografia – zdjęcie celowane 374. RTG klatki piersiowej – RTG tomograf 375. RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych 376. Urografia (wraz ze standardowymi[6] środkami kontrastowymi) 377. Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening 378. Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening 379. Densytometria szyjka kości udowej – advanced hip assessment (AHA) 380. Densytometria obie szyjki kości udowej – advanced hip assessment (AHA) 381. Densytometria kręgosłup lędźwiowy + szyjka kości udowej (AHA) 382. Densytometria kręgosłup lędźwiowy + 2 szyjki kości udowej (AHA)
c) Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi[6] środkami kontrastowymi		
	276. TK – Tomografia komputerowa głowy	383. TK – Tomografia komputerowa głowy 384. TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy) 385. TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki 386. TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej 387. TK – Tomografia komputerowa oczodołów 388. TK – Tomografia komputerowa zatok 389. TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych 390. TK – Tomografia komputerowa szyi 391. TK – Tomografia komputerowa krtani 392. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej 393. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy) 394. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT) 395. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej 396. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy) 397. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (3 fazy) 398. TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej 399. TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej + miednicy 400. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej 401. TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 402. TK – Tomografia komputerowa szyi + klatki piersiowej + jamy brzusznej + miednicy mniejszej 403. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego 404. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego 405. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego 406. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego 407. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego 408. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego 409. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego 410. TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego 411. TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego 412. TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego 413. TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego 414. TK – Tomografia komputerowa nadgarstka 415. TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego 416. TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		417. TK – Tomografia komputerowa stopy 418. TK – Tomografia komputerowa uda 419. TK – Tomografia komputerowa podudzia 420. TK – Tomografia komputerowa ramienia 421. TK – Tomografia komputerowa przedramienia 422. TK – Tomografia komputerowa ręki
d) Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi[6] środkami kontrastowymi		
	277. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy 278. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy	423. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy 424. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy 425. MR – rezonans magnetyczny wysokopolowy + angio głowy 426. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy + angio 427. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy twarzoczaszki 428. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy szyi 429. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy szyi 430. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadnerczy 431. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej 432. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy miednicy mniejszej 433. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej 434. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy klatki piersiowej 435. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa lędźwiowego 436. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa lędźwiowego 437. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa piersiowego 438. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa piersiowego 439. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa szyjnego 440. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa szyjnego 441. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa krzyżowego 442. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy oczodołów 443. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy zatok 444. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przysadki 445. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy krtani 446. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego 447. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu barkowego 448. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu łokciowego 449. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu łokciowego 450. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu kolanowego 451. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu kolanowego 452. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy nadgarstka 453. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadgarstka 454. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu skokowego 455. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu skokowego 456. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu biodrowego

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
		457. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu biodrowego 458. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawów krzyżowo – biodrowych 459. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stopy 460. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stopy 461. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny dolnej 462. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy podudzia 463. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy uda 464. MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny górnej 465. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przedramienia 466. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ramienia 467. MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ręki
e) Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych		
	279. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej 280. Anoskopia 281. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie)	468. Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej 469. Anoskopia 470. Gastroskopia (test ureazowy opcjonalnie) 471. Kolonoskopia 472. Sigmoidoskopia 473. Rektoskopia
C. DIAGNOSTYKA CZYNNOŚCIOWA		
a) Badania elektrokardiograficzne		
113. Badanie EKG spoczynkowe	282. Badanie EKG spoczynkowe 283. EKG standardowa[6] próba wysiłkowa	474. Badanie EKG spoczynkowe 475. EKG standardowa[6] próba wysiłkowa 476. Założenie Holtera EKG w gabinecie 477. Założenie Holtera RR (ciśnienie krwi) w gabinecie
b) Inne badania czynnościowe		
114. Audiometr standardowy[6] 115. Spirometria bez leku	284. Audiometr standardowy[6] 285. Spirometria bez leku	478. Audiometr standardowy[6] 479. Spirometria bez leku 480. Spirometria – próba rozkurczowa 481. Badanie uroflowmetryczne 482. EEG standardowe[6] w czuwaniu
D. BADANIA OKULISTYCZNE		
		483. Komputerowe badanie pola widzenia 484. Badanie adaptacji do ciemności 485. Pachymetria
E. TESTY ALERGICZNE		
	286. Konsultacja alergologa 287. Testy alergiczne skórne 1 punkt 288. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 289. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy	486. Konsultacja alergologa 487. Testy alergiczne skórne 1 punkt 488. Testy alergiczne skórne – panel wziewny 489. Testy alergiczne skórne – panel pokarmowy 490. Testy płatkowe/kontaktowe – panel podstawowy 491. Testy płatkowe/kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi
V. PANEL BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH BEZ SKIEROWANIA [8]		
1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)	1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)	1. Mocz – badanie ogólne 2. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 3. Glukoza na czczo 4. Cholesterol całkowity 5. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy (dostępna dla pacjentek już od 16 r.ż.)
VI. PROWADZENIE CIĄŻY[9]		
A. BADANIA PODSTAWOWE		
1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy	1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy	1. Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży 2. Glukoza na czczo 3. HBs Ag/antygen 4. Mocz – badanie ogólne 5. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 6. Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) 7. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
B. BADANIA ROZSZERZONE		
	8. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przeglądowe/ alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /–/) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM 18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne	8. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie 9. Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach 10. Grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe 11. Estriol wolny 12. HBs Ab/przeciwciała 13. HCV Ab/przeciwciała 14. HIV I /HIV II 15. P/ciała odpornościowe przeglądowe/ alloprzeciwciała (zastępuje p/ciała anty Rh /–/) 16. Różyczka IgG 17. Różyczka IgM 18. Toksoplazmoza IgG 19. Toksoplazmoza IgM 20. Total Beta-hCG 21. Wymaz z odbytu posiew w kierunku paciorkowca hem. z gr. B (GBS) 22. Wymaz z pochwy w kierunku GBS 23. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy 24. Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy 25. USG ciąży 26. USG ciąży transwaginalne 27. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne 28. USG ginekologiczne transwaginalne
VII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA WARIANT DLA KOBIET[10]		
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja ginekologiczna 3. Konsultacja okulistyczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową[6]
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. Glukoza na czczo 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. Glukoza na czczo 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Transaminaza GPT/ALT 15. Transaminaza GOT/AST 16. Kreatynina 17. Kwas moczowy 18. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 19. T3 Wolne 20. T4 Wolne 21. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
	12. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy 13. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 14. Mammografia po 40 r.ż. 15. RTG klatki piersiowej PA 16. Badanie EKG – spoczynkowe 17. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 18. USG jamy brzusznej	22. Standardowa[6] cytologia szyjki macicy 23. USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne 24. Mammografia po 40 r.ż. 25. RTG klatki piersiowej PA 26. Badanie EKG – spoczynkowe 27. USG piersi – kobiety do 40 r.ż. 28. USG jamy brzusznej 29. USG tarczycy 30. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	19. Konsultacja internistyczna	31. Konsultacja internistyczna
VIII. PROFILAKTYCZNY PRZEGLĄD STANU ZDROWIA WARIANT DLA MĘŻCZYZN[10]		
A. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE		
	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna	1. Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego 2. Konsultacja okulistyczna 3. Konsultacja urologiczna 4. Konsultacja kardiologiczna 5. Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową[6]

WARIANT PODSTAWOWY	WARIANT ROZSZERZONY	WARIANT PLATYNOWY
B. BADANIA LABORATORYJNE		
	4. Mocz – badanie ogólne 5. Krew utajona/F.O.B. 6. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 7. OB/ESR 8. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) 9. TSH/hTSH 10. HBs Ag/antygen 11. HCV Ab/przeciwciała 12. Glukoza na czczo	6. Mocz – badanie ogólne 7. Krew utajona/F.O.B. 8. Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny 9. OB/ESR 10. PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA) 11. TSH/hTSH 12. HBs Ag/antygen 13. HCV Ab/przeciwciała 14. Glukoza na czczo 15. Transaminaza GPT/ALT 16. Transaminaza GOT/AST 17. Kreatynina 18. Kwas moczowy 19. Mocznik/Azot Mocznikowy/BUN 20. T3 Wolne 21. T4 Wolne 22. Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
C. INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
	13. RTG klatki piersiowej PA 14. USG jamy brzusznej 15. Badanie EKG – spoczynkowe	23. RTG klatki piersiowej PA 24. USG jamy brzusznej 25. Badanie EKG – spoczynkowe 26. USG transrektalne prostaty 27. USG tarczycy 28. USG jąder 29. Echokardiografia – USG serca
D. KONSULTACJA ZAMYKAJĄCA PRZEGLĄD		
	16. Konsultacja internistyczna	30. Konsultacja internistyczna
IX. KONSYLIUM MEDYCZNE		
		1. Konsylium medyczne[11]
X. STOMATOLOGIA		
A. PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA WYKONYWANA WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ[12]		
	1. Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling	1. Usunięcie złogów naddziąsłowych/scaling 2. Usuwanie osadu – piaskowanie zębów 3. Polerowanie zębów 4. Fluoryzacja zębów kontaktowa 5. Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową 6. Lakierowanie zębów
B. STOMATOLOGICZNE BADANIA RENTGENOWSKIE WYKONYWANE WE WSKAZANYCH PRZYCHODNIACH LUX MED I MEDYCYNY RODZINNEJ[12]		
	1. RTG zęba	1. RTG zęba 2. Pantomogram jamy ustnej (RTG)
C. DOSTĘP DO OGÓLNOPOLSKIEJ SIECI STOMATOLOGICZNEJ[13]		
Bezpłatny przegląd oraz rabaty na usługi stomatologiczne.		
XI. REHABILITACJA[14]		
20% rabat na usługi z zakresu fizjoterapii wykonywane wyłącznie we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna)		
XII. SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI [15]		
Usługa obejmuje szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyną przeciwtężcową).		
XIII. REFUNDACJA „SWOBODA LECZENIA”[16]		
70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	70% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy	90% refundacji kosztów usług zdrowotnych, maksymalnie do wysokości 650 zł na kwartał kalendarzowy
XIV. E-KONSULTACJE MEDYCZNE[17]		
Możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, tj. Portalu Pacjenta LUX MED. Usługa obejmuje e-konsultacje medyczne w zakresie: • interny/medycyny rodzinnej (od 18 roku życia), • pediatrii (do 18 roku życia), • pielęgniarstwa pediatrycznego, • położnictwa		
XV. KOORDYNACJA OPIEKI SZPITALNEJ[18]		
Usługa polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu przez Zespół Koordynatorów Opieki Szpitalnej, pomocy w zakresie skoordynowania na jego rzecz planowej Hospitalizacji, w sytuacji gdy otrzyma on skierowania do szpitala na zabieg planowany (w tym na planowany poród). Na wyraźne oświadczenie woli Ubezpieczonego co do chęci skorzystania przez niego z jednej lub wybranych usług koordynacji hospitalizacji, Koordynator Opieki Szpitalnej udziela mu wsparcia w następującym zakresie: • przedstawia propozycję Hospitalizacji (sugerowane placówki szpitalne, w których Ubezpieczony może skorzystać z Hospitalizacji) • umawia pobyt Ubezpieczonego w wybranej przez niego placówce szpitalnej, • udziela pomocy przy umówieniu na badania i konsultacje kwalifikujące do Hospitalizacji, • monitoruje realizację badań i konsultacji wykonywanych przez Ubezpieczonego, • koordynuje obieg dokumentów medycznych między Ubezpieczonym a Szpitalem, • przekazuje informacje o bieżącym statusie realizacji szpitalnych procedur medycznych osobie upoważnionej do otrzymywania informacji medycznych o Ubezpieczonym, • umawia Ubezpieczonego na wizytę kontrolną po Hospitalizacji, • umawia Ubezpieczonego na badania lub zabiegi rehabilitacyjne po Hospitalizacji zgodnie z zaleceniami Lekarza, • organizuje Ubezpieczonemu Transport Medyczny, w przypadku gdy wynika on ze wskazań medycznych, zalecanych przez Lekarza.		
XVI. INNE ŚWIADCZENIA		
10% rabat na usługi ambulatoryjne, które nie są objęte zakresem w ramach umowy Ubezpieczenia realizowane w przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany od cennika dostępnego ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.		

[1] Usługa obejmuje nielimitowane porady we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED, w sytuacjach chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach. Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Porady specjalistyczne nie obejmują konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

[2] Specjaliści dla dorosłych, do których wymagane jest skierowanie.

[3] Specjaliści dla dzieci, do których wymagane jest skierowanie pediatry.

[4] Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, zaostrzeniu choroby przewlekłej, które wystąpiły w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.). Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej.

[5] Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi, w tym: diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Uczestnik lub jego bliscy są uprawnieni w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w wyznaczonej przychodni. Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Uczestnika lub jego bliskich pobierana jest opłata.

[6] Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane w Polsce.

[7] Usługa obejmuje wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodni współpracujących z Grupą LUX MED, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. przychodniach.

W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej Umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem ubezpieczenia. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni. O ile nie zaznaczono inaczej usługa nie obejmuje testów paskowych a diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

[8] Usługa dostępna dla Uczestnika i jego bliskich, którzy ukończyli 18 lat i realizowana wyłącznie we własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie w ciągu 12 miesięcy obowiązywania Umowy, bez skierowania lekarza wymienionego panelu badań diagnostycznych.

[9] Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodniach współpracujących z Grupą LUX MED, zgodnie ze standardami Grupy LUX MED i składa się z: czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu.

Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu ubezpieczenia, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Uczestnika lub jego bliskich, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem ubezpieczenia.

[10] Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć Uczestnika i jego bliskich, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 lat. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której Uczestnik lub jego bliscy uzyskują zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Program realizowany we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna). Aby umówić się na realizację programu, należy zgłosić ten fakt telefonicznie, dzwoniąc pod numer Call Center Grupy LUX MED 22 33 22 880.

[11] Usługa obejmuje zorganizowanie dla Uczestnika i jego bliskich w Polsce, konsylium medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla Uczestnika lub jego bliskich. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa Uczestnik lub jego bliscy z 30% rabatem.

[12] Usługi wykonywane bezpłatnie we wskazanych własnych przychodniach Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna), stomatologiczne badania rentgenowskie wykonywane na podstawie skierowania od lekarza z ww. przychodni, wynik badania sporządzany na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej przychodni.

[13] Usługa realizowana w sieci przychodni Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna).
W ramach usługi Uczestnikowi lub jego bliskim przysługuje bezpłatny dostęp do następujących usług:
- przegląd stomatologiczny – jednorazowo (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia), w zakres którego wchodzi ocena stanu uzębienia i higieny jamy ustnej,
- okresowa konsultacja specjalistyczna (1 raz w 12 miesięcznym okresie ubezpieczenia); konsultacja obejmuje wywiad, poradę specjalisty oraz plan leczenia bez zabiegów w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, protetyki stomatologicznej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej oraz implantologii.

Rabat udzielany od cennika ww. przychodni w wysokości:
- profilaktyka stomatologiczna – rabat 15%,
- stomatologia zachowawcza – rabat 15%,
- stomatologia estetyczna – rabat 15%,
- endodoncja – rabat 15%,
- chirurgia stomatologiczna – rabat 15%,
- protetyka – rabat 10%,
- implantologia – rabat 10%,
- periodontologia – rabat 10%,
- ortodoncja – rabat 10%,
- wybielanie zębów – rabat 20%.

[14] Usługa obejmuje rehabilitację narządu ruchu z następujących wskazań, tj. dotyczy Uczestnika lub jego bliskich:
- cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów,
- po urazach ortopedycznych,
- cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych),
- cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych,
- z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezjologicznej dla dzieci do 18 r.ż.),
- z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.).

Usługa realizowana na podstawie skierowań lekarzy (specjalistów w zakresie ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, rehabilitacji medycznej) ze wskazanych przychodni własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) oraz przychodni współpracujących z Grupą LUX MED, określających zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych i dotyczy fizjoterapii prowadzonej we wskazanych przychodniach własnych Grupy LUX MED (LUX MED i Medycyna Rodzinna) – dostępność usługi w placówce uzależniona jest od jej możliwości techniczno- sprzętowych.
Usługa nie obejmuje kosztów fizjoterapii w przypadku wad wrodzonych i ich następstw, wad postawy, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, chorób demielinizacyjnych i ich następstw, rehabilitacji po zabiegach operacyjnych, po incydentach wieńcowych, po incydentach neurologicznych i naczyniowo – mózgowych, rehabilitacji metodami neurofizjologicznymi oraz usług o charakterze gimnastyki korekcyjnej i fitness.

[15] Usługa składa się z:
- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem,
- szczepionki (preparat),
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji.

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi realizowane są w ambulatoryjnych placówkach medycznych.

[16] **Podstawowe pojęcia**
Refundacja „Swoboda leczenia" (dalej refundacja) to zwrot części poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów usług zdrowotnych, zakupionych jako pojedyncze świadczenie, zgodnie z zasadami opisanymi poniżej.
Przez placówkę leczniczą rozumiemy jednostkę organizacyjną przedsiębiorstwa leczniczego, która jest uprawniona do świadczenia usług zdrowotnych i działa na terenie i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Prawo do refundacji:
Ubezpieczony może skorzystać z refundacji:
- wyłącznie za usługi zdrowotne wskazane w Wykazie Usług Medycznych pkt I- VIII dla posiadanego wariantu ubezpieczenia, wykonane w placówce leczniczej w warunkach ambulatoryjnych,
- tylko w okresie posiadania dostępu do usług zdrowotnych (okres ten wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia),
- maksymalnie do wysokości kwotowego limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym oraz procentu kosztów podlegających refundacji dla posiadanego wariantu ubezpieczenia,
- po złożeniu wniosku o refundację oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów,
- z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności wynikających z umowy ubezpieczenia.

Dokumentowanie poniesionych kosztów:
1. Ubezpieczony pokrywa koszty usługi zdrowotnej bezpośrednio w placówce leczniczej, w której ją wykonał, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce oraz pobiera potwierdzenie wykonania usługi.
2. Potwierdzenie wykonania usługi powinno zawierać:
   - dane Ubezpieczonego, na rzecz którego zostały wykonane usługi zdrowotne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług wykonywanych na rzecz małoletniego dziecka Ubezpieczonego potwierdzenie wykonania usługi powinno zostać wystawione na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, ze wskazaniem imienia i nazwiska dziecka,
   - wykaz wykonanych usług zdrowotnych lub szczegółowa specyfikacja wystawione przez placówkę leczniczą wykonującą te świadczenia,
   - liczbę zrealizowanych usług zdrowotnych danego rodzaju,
   - datę wykonania usługi zdrowotnej,
   - cenę jednostkową zrealizowanej usługi zdrowotnej.
3. Jeśli skierowanie na usługi medyczne nie było wystawione w placówce LUX MED, Ubezpieczony powinien dołączyć jego kopię do wniosku o refundację. W przypadku braku kopii skierowania potwierdzeniem może być również kopia dokumentacji medycznej, która zawiera odpowiednią adnotację o wystawieniu tego skierowania.
4. Refundacja nie zostanie dokonana w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie zrealizowanych usług zdrowotnych oraz osoby, na rzecz której zostało świadczenie wykonane, lub gdy zostaną przesłane do LUX MED później niż 3 miesiące od daty wykonania usługi.

Rozliczenie refundacji
1. Okresy, w których przysługuje refundacja liczone są kalendarzowo i występują w ciągu roku w 4 kwartałach, tj. styczeń-marzec, kwiecień-czerwiec, lipiec-wrzesień, październik-grudzień.
2. Usługi zdrowotne, które zostały zrefundowane, zaliczane są do kwoty limitu refundacji w danym kwartale kalendarzowym na podstawie daty ich wykonania.
3. Limit kwotowy refundacji, który nie został wykorzystany w danym kwartale, nie przechodzi na kwartał następny.
4. W przypadku, gdy potwierdzenie wykonania usługi zdrowotnej nie daje podstawy do ustalenia wysokości poniesionych kosztów usługi zdrowotnej lub osoby, na rzecz której wykonano usługę, LUX MED ma prawo uzależnić dokonanie refundacji od dostarczenia przez Ubezpieczonego dodatkowych dokumentów dotyczących usługi objętej wnioskiem o refundację, które pozwolą ustalić tę podstawę. W tym celu Ubezpieczony może upoważnić LUX MED do wystąpienia do placówki leczniczej, która zrealizowała usługę zdrowotną, o udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie usługi objętej wnioskiem o refundację lub – w przypadku braku upoważnienia – dostarcza sam kopię tej dokumentacji.
5. W przypadku braku wyrażenia zgody na dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej wykonanej usługi zdrowotnej lub braku przedłożenia tej dokumentacji samodzielnie przez Ubezpieczonego, jak również w przypadku stwierdzenia braku podstaw do dokonania refundacji, LUX MED ma prawo odmowy dokonania refundacji odpowiednio w całości albo w części, o czym poinformuje pisemnie Ubezpieczonego wnioskującego o refundację.
6. Jeżeli koszt usługi zdrowotnej rażąco (tj. o ponad 50%) przewyższa cenę świadczenia określoną w cenniku LUX MED, LUX MED ma prawo obniżyć kwotę refundacji do najwyższej wysokości ceny tego świadczenia w Cenniku LUX MED, chyba że Ubezpieczony dostarczy dokumentację medyczną uzasadniającą wysokość poniesionych kosztów. Jako cennik LUX MED rozumiemy cennik obowiązujący w najbliżej zlokalizowanej przychodni LUX MED w stosunku do placówki leczniczej świadczącej usługę zdrowotną w dniu wykonania usługi, która posiada w swoim zakresie świadczeń usługi zdrowotne zrealizowane na rzecz Ubezpieczonego. Aktualny cennik dostępny na stronie www.luxmed.pl.

Wypłata z tytułu refundacji
Wniosek o refundację wraz z kompletem dokumentów należy przesłać na adres:
LUX MED Sp. z o.o.
ul. Iłżecka 24 F, 02-135 Warszawa
Z dopiskiem: Refundacja
W przypadku otrzymania tego wniosku lub dokumentacji niekompletnej lub niepoprawnie wypełnionej LUX MED poinformuje osobę, która złożyła wniosek o refundację, o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki w tym wniosku.
LUX MED dokona refundacji na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku.
Wniosek o refundację znajdziesz na www.allianz.pl.

[17] Z e-konsultacji medycznych mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy założą konto na Portalu Pacjenta na stronie www.portalpacjenta.luxmed.pl. Dostępność czasowa e-konsultacji z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i jest widoczna w zakładce CZAT. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
Specjaliści medyczni, którzy odpowiadają na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. E-konsultacja medyczna jest udzielana wyłącznie po zalogowaniu do Portalu Pacjenta, a treść e-konsultacji jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W zakres e-konsultacji wchodzą wymienione porady specjalistów medycznych, które nie wymagają osobistego kontaktu ze specjalistą.
E-konsultacja medyczna ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie e-konsultacji może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas e-konsultacji medycznej nie są wystawiane recepty ani skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące.

[18] Wskazane powyżej usługi pomocy w zakresie koordynacji opieki szpitalnej realizowane są wyłącznie w Szpitalach własnych LUX MED lub Szpitalach współpracujących z LUX MED, których aktualna lista znajduje się na stronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia/oferta-/koordynacja-opieki-szpitalnej-dla-klienta-indywidulanego-i-korporacyjnego
Usługa Koordynacji Opieki Szpitalnej nie obejmuje kosztów usług zdrowotnych zorganizowanych przez Koordynatora, a zaakceptowanych przez Ubezpieczonego i wykonanych na jego rzecz w związku z Hospitalizacja – takich jak w szczególności:
– badań i konsultacji lekarskich w trakcie kwalifikacji do Hospitalizacji;
– świadczeń medycznych udzielanych Ubezpieczonemu w trakcie Hospitalizacji;
– kontrolnych konsultacji lekarskich, badań kontrolnych i zabiegów rehabilitacyjnych udzielanych Ubezpieczonemu po Hospitalizacji;
– kosztów korzystania przez Ubezpieczonego z Transportu Medycznego,
– do pokrycia tych kosztów zobowiązany jest Ubezpieczony z własnych środków.
Szczegółowe informacje dotyczące sposobu korzystania przez Ubezpieczonego z pomocy Koordynatora Opieki Szpitalnej oraz definicje pojęć zapisanych wielką literą znajdują się w „Regulaminie korzystania z usługi Koordynacja Opieki Szpitalnej. W Regulaminie Ubezpieczony określany jest jako Pacjent."

INFORMACJA O PROGRAMIE ASSISTANCE DOSTĘPNYM DLA UCZESTNIKÓW, NA RZECZ KTÓRYCH ZAWARTO UMOWĘ DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PAKIET MEDYCZNY „BĄDŹ ZDRÓW"

W przypadku zawarcia przez Ubezpieczającego Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów" w ramach Umowy Opiekun, Uczestnik ma możliwość przystąpienia do programu assistance.

Usługi objęte tym programem są świadczone przez AWP P&C S.A. My ponosimy Koszt Ochrony w ramach programu assistance.

Oferowane usługi są uzupełnieniem zakresu usług ambulatoryjnych dostępnych w Pakiecie Medycznym „Bądź Zdrów" i zapewniają ubezpieczonemu poczucie bezpieczeństwa w różnych losowych sytuacjach, np. nagła choroba, Nieszczęśliwy Wypadek.

Usługi dostępne w programie assistance są świadczone w Polsce 24 godziny na dobę.
Ich realizację zapewnia centrum operacyjne.

Zakres programu assistance obejmuje:

1. organizację oraz pokrycie kosztów następujących usług:
   1) w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Uczestnika lub jego bliskich:
      a) wizyta lekarza w miejscu pobytu Uczestnika lub jego bliskich (3 razy w roku)
      b) transport Uczestnika lub jego bliskich: z miejsca jego pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca pobytu oraz pomiędzy placówkami medycznymi
      c) dostarczenie leków zaordynowanych przez lekarza do miejsca pobytu Uczestnika lub jego bliskich
      d) wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu Uczestnika lub jego bliskich
      e) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego
      f) transport sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu
   2) w razie trudnej sytuacji losowej (śmierć lub poważne zachorowanie Małżonka, Rodzica, Dziecka) – wizyta u psychologa
   3) w razie Nieszczęśliwego Wypadku lub nagłego zachorowania Dziecka:
      a) pobyt Rodzica w szpitalu
      b) opieka nad Dzieckiem (2 razy w roku)
   4) w razie Nieszczęśliwego Wypadku lub nagłego zachorowania osoby niesamodzielnej pozostającej pod opieką Uczestnika – opieka nad osobą niesamodzielną (2 razy w roku)
   5) pomoc pielęgniarki w opiece nad nowo narodzonym dzieckiem Uczestnika – w pierwszym miesiącu jego życia (1 wizyta)
2. całodobowy dostęp do infolinii medycznej świadczącej następujące usługi informacyjne:
   1) informacja zdrowotna na temat działania leków, badań, zabiegów medycznych, placówek medycznych i wielu innych
   2) telefoniczna konsultacja z lekarzem centrum operacyjnego, który udzieli informacji co do dalszego postępowania medycznego
   3) „Baby Assistance" – informacje dla młodych matek i kobiet w ciąży, np. na temat badań prenatalnych, karmienia i pielęgnacji noworodka itp.

Szczegółowe informacje dotyczące programu assistance, zakres ubezpieczenia i jego ogólne warunki są dostępne na naszej stronie internetowej.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług objętych zakresem programu assistance, **przed podjęciem działań we własnym zakresie Uczestnik lub jego bliski jest zobowiązany do skontaktowania się z centrum operacyjnym pod numerem telefonu (22) 563 11 35**.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

a) imię i nazwisko
b) adres zamieszkania
c) numer polisy
d) okres ubezpieczenia
e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy
f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego
g) inne informacje potrzebne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

Allianz Partners

1.	przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 4 i 7 § 2
2.	ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 8 § 3 § 4 ust. 6–7

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
Tel: +48 22 522 28 00
Fax: +48 22 522 28 01
e-mail: sekretariat@mondial-assistance.pl

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym
dla m. St. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy KRS
Pod numerem: KRS 0000189340
NIP: 107-00-00-164
REGON: 015647690

Kapitał zakładowy spółki macierzystej
18 510 562,50 EUR wpłacony w całości
PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382
Bank Polska Kasa Opieki S.A.
Dyrektor Oddziału Piotr Ruszowski

Allianz Partners

Dołączamy do usługi e-Doręczenia

Szanowni Państwo,

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce informuje, że od **1 kwietnia 2025 r.** reklamacje można składać również w ramach usługi e-Doręczenia za pośrednictwem adresu do doręczeń elektronicznych.

Nasz adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych to:

PL-86164-19057-RHUFJ-24

Reklamacje można również składać za pośrednictwem dotychczasowych kanałów komunikacji.

Z wyrazami szacunku

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„PROGRAM ASSISTANCE" Nr ASS/PMBZ/1/2024

§ 1. DEFINICJE I POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Użytym w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Program Assistance" Nr ASS/PMBZ/1/2024 (dalej jako „OWU") określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w umowie ubezpieczenia, poniższe zaś określenia oznaczają:
   1) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia, polegające na:
      a) wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania,
      b) wystąpieniu u Ubezpieczonego nieszczęśliwego wypadku,
      c) zajściu w życiu Ubezpieczonego któregokolwiek ze zdarzeń losowych wymienionych w § 2. ust.1. pkt 5,
      d) chorobie dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej pozostającej pod opieką Ubezpieczonego,
      e) urodzeniu się dziecka Ubezpieczonemu.
   2) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej.
   3) **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
   4) **lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant.
   5) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
   6) **choroba przewlekła** – jeden z wymienionych poniżej stanów chorobowych, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Za chorobę przewlekłą uznaje się:
      a) niewydolność układu krążenia objawiającą się szybkim męczeniem i nasiloną dusznością, które pojawiają się przy codziennej podstawowej aktywności życiowej,
      b) przebyty udar mózgu lub krwotok do mózgu z utrzymującym się niedowładem, porażeniem lub zaburzeniami mowy – wymagający stałej kontroli lekarskiej i rehabilitacji,
      c) nowotwór złośliwy rozpoznany w okresie 5 lat poprzedzających objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
      d) powikłania cukrzycy w postaci uszkodzenia naczyń krwionośnych siatkówki oka, naczyń krwionośnych serca, mózgu i kończyn dolnych oraz uszkodzenia nerek objawiającego się ich niewydolnością,
      e) przewlekłą niewydolność wątroby,
      f) nosicielstwo wirusa HIV/zespół AIDS,
      g) stwardnienie rozsiane,
      h) chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienia na tle zwyrodnieniowym mózgu, prowadzące do upośledzenia funkcji pamięci, myślenia, rozumienia oraz do zaburzeń zachowania i zmiany osobowości,
      i) przewlekłe choroby psychiczne wymagające stałego leczenia psychiatrycznego,
      j) ciężkie nieodwracalne zaburzenia układu ruchu wymagające stałego leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego,
      k) uzależnienie od narkotyków/substancji odurzających,
      l) przewlekłą schyłkową niewydolność nerek wymagającą włączenia leczenia nerkozastępczego – hemodializy lub dializy otrzewnowej,
      m) stan po przeszczepieniu narządów,
      n) wrodzone choroby i wady wymagające stałej kontroli i opieki lekarskiej,
      o) nieswoiste choroby zapalne jelit, takie jak: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego.

7) **rodzic Ubezpieczonego** – ojciec lub matka Ubezpieczonego.
8) **poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej, niż 20 tygodni.
9) **dziecko Ubezpieczonego** – dziecko Ubezpieczonego w wieku od 14. dnia życia do ukończenia 20 roku życia, chyba że dziecko kontynuuje naukę – do ukończenia tej nauki, jednakże nie dłużej niż do 25 roku życia.
10) **małżonek Ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca z Ubezpieczonym, która ze względu na podeszły wiek, zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
12) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający lub ułatwiający choremu samodzielne funkcjonowanie, do którego należą wyłącznie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.
13) **transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w sposób wskazany przez lekarza Ubezpieczyciela, dostosowany do stanu zdrowia i świadczony jeżeli stan zdrowia Ubezpieczonego nie zagraża życiu i nie wymaga świadczeń pogotowia ratunkowego.
14) **Ubezpieczony** – osoba, na rzecz której niniejsza umowa ubezpieczenia została zawarta, będąca jednocześnie osobą objętą ochroną ubezpieczeniową przez Allianz w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów", która przystąpiła do umowy ubezpieczenia regulowanej niniejszymi warunkami ogólnymi.
15) **Ubezpieczający** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON : 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w kwocie 87 267 500 złotych).
16) **Ubezpieczyciel** – AWP P&C S.A. z siedzibą we Francji, wykonująca działalność w Polsce poprzez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 0000189340, NIP 1070000164, REGON 01564769, o kapitale zakładowym spółki macierzystej 18 510 562,50 EUR, wpłaconym w całości, na podstawie zezwolenia udzielonego przez francuski organ nadzoru L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), Banque de France.
17) **umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta na rzecz Ubezpieczonych, która łączy Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym.
18) **ciężkie zachorowanie** – poważne schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu narządów ciała zagrażające życiu Ubezpieczonego.

2.
1) Do umowy ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie osoby, które zostały objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach indywidualnej lub grupowej wersji umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów" zawartej z Ubezpieczającym.
2) W celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, osoby ubiegające się o objęcie ich ochroną w ramach umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów", składają oświadczenie o zgodzie na przystąpienie do niniejszej umowy ubezpieczenia „Program Assistance".
3) Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia w trybie uzgodnionym w umowie ubezpieczenia.
4) Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia objęty jest Ubezpieczony spełniający warunki definicji wskazanej w § 1 ust. 1 pkt 14.
5) Ochrona ubezpieczeniowa wynikająca z niniejszej umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, rozpoczyna się i kończy odpowiednio w dacie początku i końca ochrony ubezpieczeniowej polegającej na umożliwieniu korzystania z usług zdrowotnych przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia Pakiet Medyczny „Bądź Zdrów".

3. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

4. Na podstawie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 2.

5. Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia.

6. Wszystkie świadczenia opiekuńcze wykonywane są na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

7. Górny limit na świadczenia o których mowa w § 2 ust. 2, 3, 4, 5, wynosi łącznie 2000 zł na każde zdarzenie ubezpieczeniowe.

8. O celowości organizacji i pokrycia kosztów świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 2 decyduje lekarz prowadzący leczenie w porozumieniu z lekarzem Ubezpieczyciela.

9. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest na cudzy rachunek i składka finansowana jest przez Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczonego na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.

10. Ubezpieczyciel za pośrednictwem Ubezpieczającego przekazuje na piśmie osobie zainteresowanej przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Informacje te mogą być przekazane na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.

§ 2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze:
1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nagłego zachorowania;
2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
3) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w przypadku urodzenia się dziecka;
4) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej;
5) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego takich jak:
a) zgon dziecka Ubezpieczonego
b) zgon małżonka Ubezpieczonego
c) zgon rodzica Ubezpieczonego
d) ciężkie zachorowanie Ubezpieczonego;
6) zdrowotne usługi informacyjne;
7) dostęp do infolinii „Baby Assistance";
8) telefoniczna konsultacja medyczna.

2. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) i 2) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:
1) **wizyta lekarza** – w sytuacji gdy na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1) lit. a lub lit. b Ubezpieczony wymaga wizyty lekarskiej Ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizuje i pokryje koszty dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego. W odniesieniu do nagłego zachorowania wizyta lekarza świadczona jest maksymalnie 3 razy w ciągu roku;
2) **transport medyczny z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1) lit. a lub lit. b, wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
3) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1) lit. a lub lit. b Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
4) **transport medyczny między placówkami medycznymi** w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony w związku z zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1), lit. a lub lit. b nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
5) **dostarczenie do miejsca pobytu leków** zaordynowanych przez lekarza prowadzącego leczenie w sytuacji gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1), lit. a lub lit. b zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego przez lekarza prowadzącego leczenie wymaga leżenia. Ubezpieczyciel pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
6) **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1), lit. a lub lit. b Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Ubezpieczyciel zapewnia pokrycie kosztów leczenia, zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Ubezpieczyciel pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
7) **organizacja dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1, pkt 1), lit. a lub lit. b Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
8) **wizyta pielęgniarki** – w sytuacji gdy Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1, ust. 1 pkt 1), lit. a lub lit. b wymaga pomocy pielęgniarskiej w miejscu zamieszkania Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu i honorarium pielęgniarki.

3. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 3) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia, jakim jest urodzenie się dziecka:
   1) **pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszania Ubezpieczonego w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala. Ubezpieczyciel pokrywa koszty jednej wizyty do łącznej kwoty 200 zł. Opieka nad nowonarodzonym dzieckiem obejmuje:
      a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia,
      b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka,
      c) porady w razie problemów z laktacją,
      d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu,
      e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.

4. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 4) Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia jakim jest nagłe zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej:
   1) **opieka nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobą niesamodzielną w razie ich nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku potwierdzonego przez lekarza prowadzącego leczenie nagłego zachorowania dziecka lub osoby niesamodzielnej lub udokumentowanego nieszczęśliwego wypadku dziecka Ubezpieczonego lub osoby niesamodzielnej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną przez okres maksymalnie dwóch dni. Świadczenie jest realizowane maksymalnie 2 razy w ciągu roku na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą jedynie w sytuacji gdy Ubezpieczony nie może skorzystać ze zwolnienia lekarskiego a w miejscu zamieszkania nie ma żadnej innej osoby, która mogłaby sprawować opiekę;
   2) **organizacja pobytu Ubezpieczonego bądź jego współmałżonka w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka** – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowane na skutek nagłego zachorowania bądź nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko Ubezpieczonego lub hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

5. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 5), Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Na prośbę Ubezpieczonego Ubezpieczyciel zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

6. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 6), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu:
   1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
   2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.,
   3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
   4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
   5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
   6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
   7) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach,
   8) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby,
   9) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach przepisów obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej),
   10) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
   11) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
   12) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę,
   13) informacje dla podróżnych na temat szczepień oraz zagrożeń epidemiologicznych.

7. W ramach świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance" do informacji o:
   1) objawach ciąży,
   2) badaniach prenatalnych,
   3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
   4) szkołach rodzenia,
   5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
   6) karmieniu noworodka,
   7) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
   8) pielęgnacji noworodka.

8. W ramach świadczenia w ust. 1 pkt 8), Ubezpieczyciel gwarantuje Ubezpieczonemu całodobowy, telefoniczny dostęp do lekarza Ubezpieczyciela, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania.

9. Informacje, o których mowa w ust. 6, 7 i 8 nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego, i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza Ubezpieczyciela lub Ubezpieczyciela.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
   2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Ubezpieczyciela, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem treści § 4. ust. 7;
   3) kosztów zakupu leków (Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
   4) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
      a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
      b) skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
      c) pozostawania Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na powstanie lub rozmiar szkody; leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarskimi bądź ze wskazaniem ich użycia
      d) chorób psychicznych;
      e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
      f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
      g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
      h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
      i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
      j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
      k) chorób przewlekłych, zdiagnozowanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia.

§ 4. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SZKODY

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem pod czynnym całą dobę przez wszystkie dni w roku numerem: 22 563 11 35.

2. Osoba kontaktująca się z Ubezpieczycielem powinna podać następujące informacje:
   a) imię i nazwisko, nr PESEL (a w razie braku PESEL data urodzenia);
   b) adres zamieszkania;
   c) numer polisy;
   d) okres ubezpieczenia;
   e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
   f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
   g) inne informacje konieczne pracownikowi Ubezpieczyciela do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek Ubezpieczyciela dostarczyć wskazane dokumenty, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4. Ubezpieczyciel przystąpi do organizacji świadczenia niezwłocznie po pozytywnej weryfikacji ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego oraz po wypełnieniu przez Ubezpieczonego obowiązków określonych w ustępach powyższych.

5. O wszelkich zmianach w sposobie i terminie realizacji świadczeń Ubezpieczyciel będzie niezwłocznie informować Ubezpieczonego.

6. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach 1, 2 i 3 niniejszego paragrafu, Ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

7. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Ubezpieczycielem i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2, ust. 2, 3, 4 i 5 Ubezpieczyciel może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Ubezpieczyciela i przedstawienia wskazanych przez Ubezpieczyciela dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

8. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego.

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
Tel: +48 22 522 28 00
Fax: +48 22 522 28 01
e-mail: sekretariat@mondial-assistance.pl

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym
dla m. St. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy KRS
Pod numerem: KRS 0000189340
NIP: 107-00-00-164
REGON: 015647690

Kapitał zakładowy spółki macierzystej
18 510 562,50 EUR wpłacony w całości
PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382
Bank Polska Kasa Opieki S.A.
Dyrektor Oddziału Piotr Ruszowski

Allianz Partners

§ 5. REKLAMACJE

1. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, uprawniony z umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 52 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, bądź ich spadkobiercy posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia mogą złożyć do AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa:
   a) ustnie – telefonicznie pod numerem telefonu: (22) 522 26 40 (dostępny od poniedziałku do piątku, w Dni robocze w godzinach 8.00-16.00) albo osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
   b) na piśmie – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela;
   c) w postaci elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl

2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia złożone do Ubezpieczającego będą przekazywane do Ubezpieczyciela.

3. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.

4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest na piśmie za pośrednictwem poczty tradycyjnej. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

5. Składającemu reklamacje przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy na piśmie lub w postaci elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest na piśmie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub zgodnie z ust. 4.

6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej Ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich – udział Ubezpieczyciela w takim postępowaniu jest obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl

   Biuro Rzecznika Finansowego
   ul. Nowogrodzka 47A
   00-695 Warszawa
   tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
   +48 22 333-73-27 – Recepcja
   faks +48 22 333-73-29
   e-mail: biuro@rf.gov.pl
   www.rf.gov.pl

8. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz obowiązujących powszechnie aktów prawnych w zakresie umowy ubezpieczenia.

10. Prawem właściwym dla niniejszego OWU jest prawo polskie.

11. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z umowy ubezpieczenia, bądź ich spadkobiercami jest język polski.

12. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.

13. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

14. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

15. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów - platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny pod adresem http://ec.europa.eu/consumers/odr.

16. Ubezpieczyciel (reasekurator) nie udzieli ochrony ubezpieczeniowej ani też nie będzie zobowiązany do wypłaty odszkodowania lub zapewnienia świadczenia majątkowego w zakresie udzielonej ochrony, jeżeli wypłata odszkodowania lub inne świadczenia majątkowe mogą narazić Ubezpieczyciela na jakiekolwiek sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone na mocy rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub jakichkolwiek sankcji handlowych i gospodarczych, przepisów ustawowych lub wykonawczych Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, prawa polskiego lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

§ 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony. Ubezpieczycielowi i Ubezpieczającemu przysługuje prawo jej rozwiązania z zachowaniem 6-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie może jednak nastąpić wcześniej niż po upływie pierwszych 12 miesięcy obowiązywania umowy.

3. Niezależnie od ust. 2, Ubezpieczający ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku jej niewykonywania lub nienależytego wykonywania przez Ubezpieczyciela lub podmioty, z którymi Ubezpieczyciel współpracuje przy jej realizacji, pomimo uprzedniego wezwania Ubezpieczyciela do wykonywania umowy lub zaniechania jej nienależytego wykonania i wyznaczenia mu w tym celu co najmniej 30-dniowego terminu na usunięcie naruszeń.

4. Niezależnie od ust. 2, Ubezpieczyciel ma prawo rozwiązać umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku wystąpienia po stronie Ubezpieczającego zwłoki w zapłacie składki, trwającej ponad 30 dni lub w razie rażącego i zawinionego naruszenia przez Ubezpieczającego postanowień umowy. Rozwiązanie umowy w powyższych przypadkach może nastąpić wyłącznie po uprzednim pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty lub do usunięcia naruszeń w dodatkowym terminie 30 dni.

5. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia umowy, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel zobowiązany jest wykonywać określone umową obowiązki w odniesieniu do ubezpieczonych, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia, jednakże w stosunku do każdego z ubezpieczonych nie dłużej niż do dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia zdrowotnego, którą był objęty.

6. Postanowienia ust. 5 mają zastosowanie również wobec tych Ubezpieczonych, którzy w ramach umowy ubezpieczenia zdrowotnego przystąpili do ubezpieczenia „Program Assistance" po rozwiązaniu umowy pod warunkiem, iż zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego nastąpiło przed rozwiązaniem umowy i pod warunkiem opłacenia składki przez Ubezpieczającego.

7. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy, składając Ubezpieczającemu oświadczenie na piśmie. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to winno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela nr 004/2024 z dnia 16 lutego 2024 roku, które wchodzą w życie z dniem 16 marca 2024 roku.

Piotr Ruszowski
Dyrektor Oddziału

Allianz Partners

POLITYKA PRYWATNOŚCI

Zasady ochrony prywatności

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce („my", „nas", „nasze"), wchodzący w skład Allianz Worldwide Partners SAS, jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych i odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.**

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, których zakres zależy od Państwa umowy lub zgłoszonej sprawy, zgodnie z poniższym wykazem:

- Nazwisko (w tym nazwisko rodowe), imię (imiona)
- Imiona rodziców
- PESEL
- Adres zameldowania i zamieszkania
- Data urodzenia
- Płeć
- Numer, data wydania, data ważności, organ wydający i rodzaj dokumentu tożsamości
- Numery telefonów
- Adres e-mail
- Informacje o posiadanym prawie jazdy (kategoria, data wydania, data ważności, numer dokumentu)
- Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym
- Numer rejestracyjny pojazdu
- Numer VIN pojazdu
- Numer polisy
- Dane dotyczące zawartej umowy ubezpieczenia
- Dane o pracodawcy i statusie zatrudnienia
- Obywatelstwo
- Informacje o prowadzonej działalności gospodarczej
- Dane pozyskane w trakcie zgłoszenia oraz likwidacji szkody

W zależności od Państwa umowy lub szkody poprosimy jedynie o dane niezbędne w konkretnym przypadku. Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe", tj. dane dotyczące stanu zdrowia oraz dane ze świadectw zgonu.

3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału (tj. z placówek medycznych, od Państwa pracodawcy, z Narodowego Funduszu Zdrowia) zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel przetwarzania	Czy potrzebujemy Państwa zgody?	Podstawa prawna przetwarzania
Zarządzanie umową, w tym umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód, rozpatrywanie reklamacji)	Nie (z wyjątkiem sytuacji, kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych).	Art. 6 ust. 1 lit. b) i c) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. a) RODO*, art. 9 ust. 2 lit. g w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
W celu informowania Państwa lub umożliwienia spółkom z Grupy Allianz i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji" w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak	Art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest marketing bezpośredni naszych produktów i usług).
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego)
W celu ograniczenia ryzyka w zakresie sankcji gospodarczych poprzez weryfikację i zastosowanie innych odpowiednich środków sprawdzających, czy klient lub ryzyko podlegające ubezpieczeniu nie podlega jakimkolwiek ograniczeniom oraz czy umowa nie narusza żadnych sankcji gospodarczych, poprzez cykliczne kontrole ubezpieczonych i klientów, a także – na etapie likwidacji szkody – poprzez przeprowadzenie analizy pod względem obowiązywania sankcji finansowych w odniesieniu do ubezpieczonego oraz, w stosownych wypadkach, beneficjenta przed wypłatą odszkodowania lub świadczenia	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. c) RODO*
W celu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest zapobieganie przestępstwom ubezpieczeniowym i obrona przed nadużyciami)
W celu badania satysfakcji klienta	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest badanie jakości świadczonych przez nas usług oraz poziomu zadowolenia naszych klientów z tych usług)
W celu ustalenia, dochodzenia i obrony przed roszczeniami	Nie	Art. 6 ust. 1 lit. f) RODO* (naszym prawnie uzasadnionym interesem jest możliwość ustalenia, dochodzenia i obrony przed

Na cele określone powyżej nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem niektórych sytuacji, kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia lub nie są Państwo naszym klientem), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług lub likwidacji zgłoszonej szkody. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb, lub zlikwidować zgłoszonej przez Państwa szkody.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do jej zakwestionowania, uzyskania jej uzasadnienia, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
Tel: +48 22 522 28 00
Fax: +48 22 522 28 01
e-mail: sekretariat@mondial-assistance.pl

Zarejestrowana w Sądzie Rejonowym
dla m. St. Warszawy
XIII Wydział Gospodarczy KRS
Pod numerem: KRS 0000189340
NIP: 107-00-00-164
REGON: 015647690

Kapitał zakładowy spółki macierzystej
18 510 562,50 EUR wpłacony w całości
PL 02 1240 1053 1111 0010 0140 7382
Bank Polska Kasa Opieki S.A.
Dyrektor Oddziału Piotr Ruszowski

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy Allianz, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy Allianz, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i innym podwykonawcom świadczącym usługi na rzecz AWP w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami, likwidacja szkody, wykonanie umowy poprzez wykonanie usług na rzecz uprawnionej osoby) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępnimy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy Allianz poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi zawartymi w dokumencie pod tytułem Allianz Binding Corporate Rules (BCR Grupy Allianz), które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z Grupy Allianz. BCR Grupy Allianz oraz wykaz spółek z Grupy Allianz, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć na stronie https://www.allianz.com/en/. W wypadku, gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy Allianz, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych. W Polsce organem tym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na stronie http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe przez 6 lat od daty ustania lub rozwiązania umowy lub stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 6-letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń oraz konieczności archiwizacji dokumentów zgodnie z ustawą o rachunkowości.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować listownie pod adresem:

AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

Inspektor Ochrony Danych
AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
ul. Konstruktorska 12
02-673 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na stronie http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx dostępna była zawsze ich aktualna wersja, a ponadto, o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce w dniu 31.03.2023 r.

** RODO – 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2)*

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Skontaktuj się z agentem

Infolinia: 224 224 224 opłata zgodna z taryfą danego operatora
www.allianz.pl

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).